



Universidad Nacional de Rosario - Facultad de Psicología
Secretaría Estudios de Posgrado

Doctorado en Psicología

-Plan de Estudios 1999-2011-

Tesis

**Institucionalización de la discapacidad intelectual
en la ciudad de Rosario. Análisis de las políticas públicas, y de los procesos
de subjetivación, autonomía e integración social**

Autor

Ps. Alejandro Martín Contino

Director de Tesis

Dr. Horacio Esteban Belgich

Becas CONICET

Beca Posgrado Tipo I Res N° 3105 Abril 2009 - 31-03-2012

Beca Posgrado Tipo II Res N° 3632 Abril 2012 - 31-03-2014

Rosario: octubre de 2015

Índice

Agradecimientos	- 3 -
Resumen.....	- 4 -
Introducción	- 5 -
Capítulo 1. La dimensión institucional de la discapacidad.....	- 10 -
1.1. Diversas formas de concebir la cuestión de la discapacidad.....	- 10 -
1.2. La elección de la estrategia metodológica empleada: el análisis arqueológico-genealógico como modo de historizar la discapacidad mental	- 14 -
1.3. Organización del diseño de investigación. Categorías de análisis	- 19 -
1.4. Objetivos de la tesis, e hipótesis de base.....	- 27 -
1.5. Los territorios de la discapacidad: de la institucionalización de la discapacidad intelectual a la dimensión institucional de la discapacidad mental	- 29 -
Capítulo 2. Historización de la discapacidad mental	- 34 -
2.1. El nacimiento del anormal y la construcción política de la normalidad.....	- 34 -
2.2. La soldadura entre pedagogía y clínica en el abordaje de la debilidad de espíritu y la debilidad mental	- 38 -
2.3. El sistema educativo, el positivismo y el higienismo: condiciones de posibilidad para el nacimiento del retraso mental y de la Educación Especial en Argentina	- 41 -
2.4. El nacimiento de la discapacidad y el recorte de la discapacidad mental	- 52 -
2.5. La situación de la discapacidad en Argentina y en Rosario.....	- 65 -
Capítulo 3. Biopolíticas y heterotopías en sectores poblacionales vulnerables	- 82 -
3.1. Transformaciones en la diagramación de espacios, las tecnologías de poder y la construcción de saberes	- 82 -
3.2. Del patronazgo de la minoridad tutelada a la protección de los derechos de la niñez... ..	- 85 -
3.3. De la adaptación de la niñez débil y retrasada a la inclusión de la discapacidad mental	- 100 -
3.4. El viraje biopolítico. De la marginalidad y el aislamiento de los espacios de encierro a la inclusión y la visibilidad de los dispositivos de seguridad	- 115 -
Capítulo 4. Cartografía del territorio de la discapacidad mental	- 123 -
4.1. La función de la deficiencia o el anclaje de la discapacidad en el cuerpo.....	- 123 -
4.2. La función del Certificado Único de Discapacidad o el acceso y la circunscripción a circuitos exclusivos.....	- 125 -
4.3. La función de declaración de insania o incapacidad total, o “la muerte civil” del sujeto en situación de discapacidad mental	- 131 -

4.4. La biopolítica de la inclusión en torno a la discapacidad mental	- 136 -
4.5. El dispositivo de discapacidad	- 146 -
Conclusiones	- 154 -
Referencias bibliográficas.....	- 166 -
Fuentes documentales	- 176 -
Legislación consultada.....	- 180 -

*A Diego, Nano, la Colo y Claudio,
gente que al encontrarse con ellos,
aumentan la potencia propia y devienen inolvidables.*

Agradecimientos

En la carátula de la presente Tesis doctoral figura injustamente sólo un nombre de Autor y otro de Director. Sin embargo, culminar este proceso de investigación, reflexión y escritura fue sin duda gracias a un proceso de trabajo colectivo. Quisiera expresar mi agradecimiento entonces, por tanta enseñanza, paciencia, compañía y demostración de afecto a:

- la gente del Centro de Día, con quienes compartí varios años de trabajo, enseñándome a pensar de un modo diferente la experiencia de la discapacidad;
- los docentes investigadores que me acompañaron con generosa consideración, a pesar de su larga trayectoria, en los primeros pasos de mi trabajo de investigación;
- los docentes y compañeros de la asignatura *Residencia Educativa Pregrado*, del Doctorado en Psicología y de la Especialización en Psicología En Educación, por brindarme incondicionalmente toda su experiencia en el recorrido del complejo pensamiento foucaultiano;
- los colegas amigos que supieron brindarme en todo momento su valiosa amistad y su imprescindible acompañamiento académico;
- los compañeros del Posgrado de Especialización, por exceder ampliamente la relación académica, haciéndose presentes con todo su afecto y su ritmo en los momentos más necesarios;
- los compañeros del IRICE-CONICET, con quienes se compartieron charlas, mates y silencios, durante algunos años de trabajo;
- los docentes de la carrera de grado, quienes supieron transmitirme la pasión por el trabajo de psicólogo y por la docencia;
- los estudiantes de *Residencia Educativa Pregrado*, quienes contribuyeron a mi formación profesional y docente, prestándose en cada clase y en cada espacio de supervisión, a pensar en conjunto toda una amplia diversidad de complejas problemáticas sociales y políticas;
- Horacio Belgich, por su inteligente, generoso y afectuoso modo de dirigir la tesis sin direccionar al tesista.

Además, otra gente acompañó por fuera del ámbito académico en el tiempo en que duró este proceso, cada uno desde su lugar realizando aportes invalorable, entre ellos, mis grupos de amigos y mi familia. En especial mis padres, Daniel Contino y Patricia Melo, quienes hicieron todo lo que estaba a su alcance para favorecer la concreción de diversos proyectos. Y por último, *last but not least*, a Lau, quien apareció, contra todo pronóstico, encarnando *la* buena noticia.

Resumen

La presente Tesis doctoral indaga las condiciones de posibilidad para el surgimiento de la clasificación diagnóstica del retraso mental y del objeto médico-jurídico de la discapacidad mental. Se traza una historización de las legislaciones, las políticas públicas, las estrategias terapéuticas y los espacios de abordaje en torno a esta problemática en la ciudad de Rosario hasta el presente, indagando también los procesos de subjetivación que se observan a partir de su funcionamiento. Se describe así la especificidad del territorio de la discapacidad mental. Se visibilizan allí tanto las relaciones de poder y los discursos que atraviesan los cuerpos y las subjetividades de quienes lo habitan y/o transitan, como las prácticas e instituciones que se ven legitimadas para su abordaje. A través de dicha historización -realizada desde un análisis arqueológico genealógico (Foucault)-, se cuestiona el estatuto de patología individual, aleatoria y trágica que habitualmente recibe. Se concluye que los obstáculos para mejorar la forma de vida de los sujetos en situación de discapacidad radican en el modo en que la discapacidad históricamente se ha constituido. Se trata de un dispositivo que sostiene una determinada funcionalidad en la gubernamentalidad actual, destinada a no entrar en contradicción con la racionalidad económica-política del sistema capitalista.

Introducción

El recorrido de esta Tesis interroga la dificultosa situación en la que se encuentran los sujetos en situación de discapacidad, partiendo de la simple suposición de que ella no se debe a las limitaciones que les generan sus supuestas deficiencias o impedimentos (de acuerdo la lectura que desde racionalidad dicotómica normalidad / anormalidad se realiza). Tampoco se trataría de la falta de desarrollo o perfeccionamiento de las políticas públicas implementadas para subsanar estas presuntas limitaciones. Mucho menos se vincularía a una falta de eventuales mejoras técnicas en los lineamientos terapéuticos de las disciplinas que abordan cada caso atravesado por esta problemática.

Para comprender por qué la situación de la discapacidad mental se encuentra en el complicado estado actual, se realiza un análisis arqueológico-genealógico que propone estudiar el modo en que históricamente se constituyeron las legislaciones, las políticas públicas, las estrategias terapéuticas y los espacios de abordaje en torno a la llamada discapacidad mental en la ciudad de Rosario, Argentina. Con ello se espera comprender la forma en que éstos se encuentran actualmente conformados, y los procesos de subjetivación que se observan a partir de su funcionamiento.

En el **capítulo 1** se comienza desplegando las distintas posturas existentes para concebir la problemática de la discapacidad, explicitando la postura que en esta tesis se sostiene: analizar la discapacidad mental en tanto objeto discursivo, atravesado por ciertas relaciones de poder, y perteneciente a un determinado régimen de Verdad. Así las cosas, se describe el modo en que la investigación se lleva a cabo, especificando la estrategia metodológica, las categorías de análisis, los objetivos de la investigación, la hipótesis de base, etc. También se explicitan las maneras en que se llegan a pensar las principales instancias implicadas. Se rechaza así la hipótesis de que la discapacidad sea una afectación individual, y se le otorga una dimensión institucional; esto es, se le supone un complejo entramado discursivo y de poder que desde hace varias décadas hace posible su emergencia, consolidación y sostenimiento. A su vez, se define cada ámbito en que la discapacidad se manifiesta -mental, motriz, sensorial y visceral-, como un territorio, en el sentido en que Deleuze y Guattari le dan a este término.

En el **capítulo 2** se traza una historia de la discapacidad mental, indagando en el nacimiento de la debilidad de espíritu, la debilidad mental, el retardo mental y el retraso mental, y explorando la histórica soldadura entre pedagogía y clínica en el abordaje de estos fenómenos. Se recorre el camino que lleva al nacimiento de la figura del niño anormal y de la Educación Especial, como un modo de establecer ciertas líneas de continuidad con las prácticas y los espacios de abordaje actuales.

Se despliega también el nacimiento de la categoría discapacidad, su consolidación y el modo en que coopta el fenómeno del retraso mental para constituir la nueva figura de la discapacidad mental. Finaliza con un recorrido que describe a grandes rasgos la situación actual de la discapacidad en Argentina, en Santa Fe y en Rosario, en materia de avances, derechos, legislación y políticas públicas. Ello se debe a que, si bien el eje central de la investigación es la región de Rosario, no puede concebirse la mencionada ciudad como una isla. Los atravesamientos discursivos y de poder exceden tanto la ciudad, como la provincia y el país. Ello implica que las estrategias políticas y terapéuticas orientadas a estas problemáticas no pueden circunscribirse a los límites físicos de una zona geográfica, de una ciudad o de un ámbito arquitectónico concreto. Se extiende mucho más allá de ellos, al estar inserto en el entramado político y social mismo. De cualquier manera, este recorrido pretende describir la especificidad que presenta el territorio de la discapacidad mental en esta ciudad.

En el **capítulo 3** se presenta la relación que existe entre las biopolíticas actuales y las denominadas poblaciones vulnerables (OMS, 2010a).

Se estudia para ello, además de la especificidad del territorio de la discapacidad mental, el de la niñez, indagando primordialmente tres momentos históricos que se muestran atravesados por análogos movimientos: en primer lugar, mediados y fines del siglo XIX y principios del XX; mediados del siglo XX en segundo lugar; y fines del siglo XX, por último.

Se articulan ambas situaciones en relación a los mismos puntos, en tanto deviene esperable que ciertas líneas presentes en los discursos que atraviesan el territorio de la discapacidad mental, se vinculen a tecnologías de poder y estrategias discursivas que no puedan limitarse solamente a afectar de manera exclusiva dicho territorio, lo cual se corrobora con los vestigios que de ellos se encuentran en este otro territorio estudiado, el de la niñez.

De este modo, se observa que la segunda mitad del siglo XIX se caracteriza por promover la diagramación de heterotopías específicas. Se trata de grandes espacios de alojamiento (que en ocasiones devienen en espacios de marginación, aislamiento y encierro), sostenidos por políticas sociales que no tenían destinatarios definidos de antemano. El territorio de cada problemática -en mayor o medida- coincidía con la extensión arquitectónica del espacio destinado a su abordaje. Las biopolíticas se caracterizan en este tramo histórico por separar determinadas sectores poblaciones del resto de la sociedad para resguardar a ambos de los riesgos que conllevaría compartir la circulación y la participación social.

A mediados del siglo XX, tanto las políticas públicas como los abordajes terapéuticos se ven drásticamente modificados por las consecuencias jurídicas de la Declaración de los Derechos Humanos y todas las normativas que se desprenden a partir de ella. Este acontecimiento tan trascendental posibilita el recorte de poblaciones que comienzan a reclamar derechos civiles que, hasta ese momento, la cotidianeidad política no los contempla como necesarios. Entre ellos, uno de los sectores poblacionales que comienza a visibilizarse mediante la lucha por sus derechos, es el de los sujetos en situación de discapacidad.

Por último, luego de la década de 1980, las políticas públicas se muestran afectadas por una nueva modificación. Comienzan a desplegarse servicios y asistencias estatales que se ponen en marcha pura y exclusivamente a partir de los individuos que las requieren. Las denominadas políticas del individuo (Merklen, 2013) comienzan a caracterizar los abordajes estatales no sólo de la discapacidad, sino también de diversos territorios, entre los cuales se encuentra el de la niñez.

Pero esta nueva modalidad de políticas públicas conlleva también una paradoja. Para poder salir de una situación de marginación política o abandono estatal, se le exige al individuo activarse a sí mismo para activar burocráticamente los mecanismos requeridos. Y ello invisibiliza que generalmente las razones de la marginación o la vulnerabilidad residen justamente en una situación social que produce una enorme dificultad para que alguien se active a sí mismo y/o active burocráticamente las políticas públicas.

Ahora bien, a partir de las transformaciones producidas con el último de estos tres momentos históricos tan trascendentes, se observan por lo menos dos rasgos compartidos por ambos territorios.

El primero de ellos es la preponderancia que adquiere la creación y circunscripción a circuitos específicos, exclusivos, creados solamente para individuos implicados en cada uno de esos territorios (los Hogares y el PFS en niñez; los establecimientos educativos, terapéuticos y educativos-terapéuticos en discapacidad mental).

El segundo rasgo que presentan en común es que, en pos de la protección de derechos, ambos sectores poblaciones permanece cada vez más alejados de la posibilidad de que su palabra adquiera otro valor del que tenía antes de estas modificaciones y cambios. Tanto el niño vulnerado en sus derechos como el sujeto en situación de discapacidad mental pueden hablar, pueden hacer uso de la palabra, pero ésta no tiene el mismo valor que las pronunciadas por los profesionales o los funcionarios políticos. El entramado de poder en el que éstos quedan ubicados, no permite habilitar las mismas posibilidades que las que gozan los otros actores sociales vinculados a dichas problemáticas.

Respecto de la niñez vulnerable, la judicialización de cualquier problemática atravesada por un sujeto ocasiona que la intervención del Estado caiga sobre él, ya sea delincuente, abandonado, abusado, violentado, o víctima de la negligencia de su entorno familiar. Y si se encuentra en situación de pobreza, sus posibilidades de evitarlas merman significativamente. El discurso jurídico -apoyándose cuando le es necesario en el discurso

médico- se hace presente y promueve prácticamente que toda forma de acción estatal y/o política, recaiga sobre el niño.

En relación a la discapacidad mental, es el discurso médico quien toma preponderancia. La discapacidad mental de hecho surge como una objetivación discursiva que se presenta naturalizada, patologizada y circunscripta al ámbito corporal de cada individuo. Siempre que se presente la necesidad, el discurso jurídico le sirve de apoyo y de relevamiento, de manera de legitimar las intervenciones sobre este sector poblacional. La interdicción judicial, la declaración de insanía, incapacidad, demencia, y la obligatoriedad burocrática -que no legal- del nombramiento de un curador complementan la patologización del discurso médico y dificultan asumir los riesgos que implica llevar adelante la propia vida (que sí le está permitido a cualquier otro individuo que no se encuentre inserto en este territorio).

A partir de este recorrido entonces, y a través de este procedimiento metodológico, se espera conocer los lineamientos principales de las biopolíticas actuales, deslindando los puntos de continuidad y de discontinuidad entre la especificidad de los territorios de la discapacidad mental y de la niñez vulnerada en sus derechos. Al renunciar a la suposición de que es exclusivamente la especificidad de la problemática a abordar la que genera la creación de ciertas políticas públicas, se llegan a trazar líneas de continuidad en políticas públicas que abordan diferentes fenómenos. De este modo, se hace posible conocer la relación entre las biopolíticas implicadas y la gubernamentalidad actual.

El **capítulo 4** -el último de la Tesis- presenta los rasgos que hacen a la especificidad del territorio de la discapacidad mental y a la forma de producción de subjetividad que le es inherente en la actualidad. Ello posibilita interrogar el estatuto mismo de la discapacidad, arriesgando un modo posible de pensar esta problemática.

El anclaje de la discapacidad en el cuerpo, presentada bajo una indiscutible naturaleza biológica, la función del Certificado Único de discapacidad, y las implicancias de la declaración de insanía o incapacidad en el ámbito jurídico, otorgan un lugar social que poco margen deja para la concreción de procesos de autonomía e integración social. A su vez, ello se complementa con los mecanismos presentes en los distintos espacios visitados: la infantilización, la vigilancia y la sanción de todo lo relacionado con la sexualidad, la minimización de lo afectivo a nivel de relaciones de pareja, y la desconexión entre la afectividad y la sexualidad (con todo lo que ello implica en el plano de la subjetividad).

Por otro lado, la lógica disciplinaria continúa presente en relación a la discapacidad mental, en tanto una secuencia infinita de producción de restos se mantiene vigente. Lo atestigua la nueva Ley de Autismo, que legisla sobre los derechos y los servicios destinados a un sector poblacional muy acotado y que de todos modos se encuentra presente tanto en la ley de los Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley Nacional de Educación y la de Protección Integral de las Personas Con Discapacidad. Pero tal como ya lo afirmara Foucault, "cuanto más riguroso es el sistema disciplinario, más numerosas son las anomalías e irregularidades" (2008c, p. 137). Esas anomalías devienen a su vez nuevamente objeto de las disciplinas y de los saberes y teorizaciones que de ellas derivan, ya que tales irregularidades no dejarán de ser abordadas. Y esto puede llegar a devenir en un futuro posible para la discapacidad. Una cada vez mayor especificación de las variantes de esta problemática, tendiente a centrar lo prioritario en los aspectos burocráticos y en los tratamientos clínicos de cada una de ellas.

Además, el estudio de la estrategia biopolítica de inclusión muestra que se prioriza la patologización por sobre la politización; la naturalización por sobre la historización; la medicalización por sobre los sistemas de apoyo; la construcción de circuitos exclusivos artificiales que simulan lo social, por sobre la dignidad de sostener los propios riesgos en las elecciones personales.

Complementario a ello, la propia historia de la discapacidad mental muestra que en función de los condicionamientos de saber-poder de cada época, la sucesión de diversas objetivaciones deviene necesaria. De este modo, las continuas reformulaciones y reemplazos de conceptos y categorías sólo ofrecen nuevas nominaciones cada vez más políticamente correctas, pero la dicotomía normal / anormal -que toda sociedad disciplinaria,

normalizadora o de control requieren para el funcionamiento y sostenimiento de su gubernamentalidad-, permanece indemne.

A través de esta historización llevada a cabo desde un posicionamiento foucaultiano, es posible construir una cartografía (Guattari & Rolnik, 2013) de la discapacidad, que cuestione el estatuto de patología individual que habitualmente recibe, y que habilite a concebirla como un dispositivo, en el sentido que Foucault le da a este término.

Esta forma de concebirla se basa en la suposición de que ésta nace respondiendo a la urgencia de un sector poblacional, demostrando a su vez una sobredeterminación funcional. Se muestra creciendo, profundizándose y volviéndose cada vez más consistente en diversos ámbitos. Actualmente se encuentra conformada por múltiples líneas teóricas; relaciones de poder que demarcan lugares y funciones precisas para quienes lo habitan; complejos entramados discursivos que condicionan el modo en que se construyen objetos; conceptos, teorías y modos de abordarlos en su interior; sociedades de discurso que definen quiénes se encuentran legitimadas para hablar de estos asuntos mientras la voz de quienes se encuentran directamente implicados en la problemática se invisibiliza, se minimiza o se la relega al plano anecdótico.

A su vez, la forma de producción de subjetividad que este dispositivo conlleva remite a promover una forma de existencia atravesada por la individualización, la patologización y la circunscripción a circuitos específicos, naturalizando la tragedia personal como modo de vivir. De este modo, tanto los sujetos en situación de discapacidad mental como los actores sociales vinculados a ellos, se encuentran en gran medida condicionados a creer que no hay mejor opción que el interior de ciertos establecimientos como espacio de desenvolvimiento social. Más allá de que en el mejor de los casos, éstos funcionen bajo la modalidad de hospital o centro de día. Una forma de producción de subjetividad muy singular que se da en torno a la discapacidad mental -en su territorio (Deleuze & Guattari, 2002)-, y que muestra la naturalización de esta forma de “inclusión excluyente” en lo social (Almeida, Angelino, Priolo & Sánchez, 2009; Vallejos, 2009a).

Y complementariamente a ello, se naturaliza también toda una serie de presunciones respecto de lo que es posible y lo que no, lo que le está permitido y lo que no, lo que se espera y lo que no, de un sujeto en situación de discapacidad mental. De esta manera la infantilización, la desexualización, la minimización de los afectos y la pasividad política demuestran una clara hegemonía en el posicionamiento subjetivo de quienes habitan este territorio.

Esto se sostiene incluso a pesar de que desde hace décadas se plantea que una vida que transcurra en espacios medicalizados, separados de los circuitos sociales de los que participa y por los que transita el resto de la población, no habilita a la autonomía y la integración, sino que más bien favorece la pasividad y la segregación. Belgich reafirma en relación a este aspecto, el “derecho de una vida autónoma del sujeto (de acuerdo siempre a sus posibilidades reales), (...) [ya que] la desconsideración de tales derechos es en realidad un acto de injusticia” (2004, p. 205).

Por último, se destaca la utilidad política de este dispositivo, en tanto se observa una clara funcionalidad respecto de la gubernamentalidad actual, ensayando alternativas que siempre se muestran solidarias con el sistema capitalista, aun cuando ello implique su fracaso.

Por lo tanto, se concluye con una manera posible de comprender por qué encuentran tantos obstáculos las políticas de inclusión y de autonomía. A partir del análisis de la dimensión institucional de la discapacidad, puede pensarse que en ella no hay paradoja: hay funcionalidad. No hay fallas en las políticas públicas, hay una racionalidad político-económica que las hace encontrarse con un límite. Esta racionalidad requiere que la discapacidad permanezca circunscripta a circuitos marginales respecto de la circulación social, obteniendo dos objetivos primordiales.

En primer lugar, hacer ingresar de un modo muy específico a todo un sector poblacional que reclamaba no poder transitar por lo social como el resto de la sociedad (ya sea en los espacios públicos, en lo laboral, en lo educativo, en lo académico, etc.).

Y, en segundo lugar, generar a su vez un movimiento que permite que todos aquellos que no cuentan con la posibilidad de insertarse en el mercado laboral o en los espacios escolares por las reglas de juego de las sociedades capitalistas -los acontratables (Belgich, 2004)-, devengan por lo menos fuente de contratación de otros trabajadores. Se consolida así toda una industria que se cierne en torno a esta problemática: tratamientos, establecimientos, profesionales, investigaciones, políticos, secretarías, ministerios, cursos, jornadas, especializaciones, etc. Todo ello no tendría razón de ser si la discapacidad dejara de ser lo que hoy es.

En consecuencia, las razones de las dificultades y los obstáculos de las estrategias actuales planteadas no hay que buscarlas en deficiencias todavía no superadas de las legislaciones, las políticas públicas o las estrategias terapéuticas, sino en la historia misma de la construcción social, política, discursiva y de poder que es la discapacidad.

Para finalizar, en las conclusiones se visibilizan las líneas de fuga del dispositivo que se ha consolidado en torno al falso objeto natural que es la discapacidad (afortunadamente presentes en todo dispositivo).

Cualquier falso objeto natural puede ser interpelado y puesto en evidencia en tanto construcción discursiva en el marco de las relaciones de saber-poder de una época y de un determinado régimen político de verdad. La propuesta radica entonces en trazar una cartografía que contemple la dimensión institucional de la discapacidad, para indagar específicamente los rasgos esenciales del territorio de la discapacidad mental. Se pretende así favorecer las condiciones de posibilidad para crear procesos de transformación que lo desterritorialicen y lo reterritorialicen en función de lo que el propio sector poblacional implicado considere deseable y conveniente. En otras palabras, se espera ofrecer una lectura que permita construir herramientas que contribuyan al proceso de transformación que de todos modos ya se viene dando.

En el recorrido de la presente tesis se encuentran también presentes la cuestión de la autonomía y el problema del sujeto. Se pretende indagar también a través de este recorrido, los modos de subjetivación que se ven favorecidos en función de los mecanismos de sujeción y de subjetivación vigentes actualmente en lo que podría denominarse el territorio de la discapacidad mental, y que conducen o bien a la mencionada naturalización, o bien a la creación de las mencionadas modalidades de transformación que puedan habilitar a reterritorializaciones inéditas y singulares:

La creación se opone a la creencia, existe entre ellas una tensión permanente pues ésta, en su desarrollo de nuevas formas y contenidos, rompe con lo fuertemente instituido como sentido común (ruptura que se produce con mayor o menor éxito). Pero la naturalización impide el cuestionamiento. Naturalización que se sostiene en aquello que una época cree u opina y se constituye por lo tanto en un marco referencial para la concepción del mundo (Belgich, 2004, p. 215).

Capítulo 1. La dimensión institucional de la discapacidad

1.1. Diversas formas de concebir la cuestión de la discapacidad

En un recorrido por el estado actual de los conocimientos sobre el tema, se puede encontrar que diversos discursos dan cuenta de este difuso objeto que en principio es la discapacidad: el discurso pedagógico, el discurso jurídico, el discurso médico, el discurso psi, el discurso religioso. A su vez, toda una amplia variedad de prácticas, saberes, instituciones, abordajes, legislaciones, etc., ponen en evidencia la vasta gama de cuestiones que habría que tener en consideración para su abordaje, dado su rasgo distintivo característico: la discapacidad siempre conlleva una deficiencia y, por lo tanto, representa un punto de vulnerabilidad.

Esta supuesta naturaleza vulnerable de la discapacidad ha servido de base para pensar todo tipo de legislaciones, políticas públicas, miradas profesionales, abordajes terapéuticos, líneas de investigación, etc., que presentan las cualidades de la compensación, el asistencialismo, la beneficencia, etc.

Respecto de lo que puede hallarse en torno a los aproximamientos académicos a la problemática de la discapacidad, hay tres grandes modelos de abordaje. Sus lineamientos centrales se evidencian como la referencia general a la cual se podría remitir toda la amplia gama de investigaciones sobre el tema. Éstos son el Modelo Médico-Individual, el Modelo Funcionalista y el Modelo Social de la discapacidad.

Además de ellos tres, existe un Modelo denominado de la Prescindencia, que se encuentra cada vez más cuestionado y no cuenta prácticamente con producciones académicas. Implica la certeza de que el individuo atravesado por esta problemática no tiene nada que aportar a la comunidad. Entre sus primeras y más importantes manifestaciones, puede mencionarse que en Esparta, ciudad de la Antigua Grecia, quienes nacen con rasgos físicos que no lo hacen apto para formar parte de las tropas que eventualmente deben llevar adelante una guerra, es arrojado por el monte Taigeto, ubicado en la cordillera del Peloponeso. Otro ejemplo puede encontrarse en el proyecto nazi de una sociedad formada solamente por las razas consideradas superiores. A partir de ello, quienes son concebidos como deficientes, no merecen sobrevivir. Este régimen lleva así a la muerte a más de doscientos mil individuos diagnosticados con distintas enfermedades, deficiencias e impedimentos. Entre ellos, setenta mil individuos que se diagnostican como enfermos mentales (cuadros psiquiátricos y/o retraso mental) (Platen-Hallermund, 2007).

Más allá de este Modelo que se encuentra en franco declive, una revisión bibliográfica de los artículos publicados en revistas científicas y de divulgación, investigaciones, publicaciones y tesis de grado y posgrado que circulan en el ámbito académico, muestra que pueden circunscribirse –salvo algunas escasas excepciones– cada una de ellas a alguna de las otras tres áreas mencionadas. Aun con el riesgo que implica sostener una afirmación como ésta sin contar con la posibilidad de una revisión completa, acabada y con un sustento estadístico. No puede afirmarse, por otro lado, que cada una de ellas cuente con un autor que la represente o con el cual se identifique, aunque ciertos nombres son fácilmente ubicables en alguna en particular.

En primer lugar, la línea correspondiente al denominado Modelo Médico-Individual es la predominante en el ámbito académico actual. Esta perspectiva supone que la discapacidad es una patología individual que afecta trágica y aleatoriamente a algunos individuos y a otros no. Se enriquece con conocimientos específicos logrados mediante el estudio de cada una de las modalidades en que se clasifica a la discapacidad, entendida como un objeto que pertenece inequívocamente al terreno del discurso médico. La particularidad devenida del recorte de una patología específica perteneciente al problema de la discapacidad, puede implicar diferentes tipos de estudios e investigaciones, en donde el eje estará dado por el análisis de la patología en sí misma; por la franja etaria en la que suele presentarse; por el estrato social más proclive a su incidencia; por las secuelas que podría conllevar; o por la actualización de las estrategias de prevención, tratamiento o

rehabilitación para abordarla terapéuticamente, etc. En esta línea se ubican una significativa cantidad de investigaciones actuales, llevadas adelante por profesionales de la Salud en general o de la Salud Mental en particular. Es por ello que deviene difícil ubicar un autor representativo de esta línea, ya que, al pertenecer al discurso médico, los aportes tienen que ver más con el avance científico de la medicalización de la discapacidad que con el trabajo académico de un autor puntual. De todos modos, a manera de ejemplo, puede citarse el trabajo de Fernández Méndez et al (2011), el cual indaga en la efectividad de la psicoterapia breve en relación a ciertas modalidades de discapacidad mental. En esta clase de trabajos académicos puede observarse la preponderancia que toma el abordaje terapéutico y profesional por sobre cualquier otro aspecto que pueda pensarse respecto de la discapacidad.

En segunda instancia, el denominado Modelo Funcionalista de la discapacidad, pone el énfasis principalmente en la cuestión de los derechos, la integración social y laboral, y la inclusión educativa de personas en situación de discapacidad. Sin embargo, desde esta perspectiva, se prioriza la labor de agentes formados para llevar a cabo dicha finalidad, en tanto se supone que se encuentran en mejor posición para desarrollar las estrategias técnicas necesarias. Estos agentes son en la mayoría de los casos, profesionales o funcionarios estatales. Trabajan a su vez en pos del cambio en algunas conceptualizaciones vigentes y en la utilización de ciertas categorías. Por ejemplo, proponen la sustitución del “paradigma del déficit” -tal como denominan al Modelo Médico-Individual-, por el “paradigma de la diferencia”, en el cual sí se contempla la diversidad de las capacidades de cada uno (Aznar & González Castañón, 2008). Su trabajo se centra en los apoyos, los cuales “permite[n] la organización de los recursos en torno a la planificación centrada en la persona” (González Castañón, 2001, p. 269). Cabe destacar que se trata de una planificación que siempre estará a cargo de los profesionales, y que, llegado el caso, requiere financiación estatal o privada para llevarlo adelante. De este modo se intenta modificar situaciones cotidianas de discriminación, desigualdad, segregación y maltrato a través de cursos, talleres, charlas, capacitaciones que tenderían a modificar las condiciones habituales en las que se encuentran inmersos los sujetos en situación de discapacidad. Algunos de los principales representantes en Argentina son el médico psiquiatra González Castañón y la Licenciada en Psicología Aznar. Entre los principales referentes internacionales puede mencionarse a Schalock, en Estados Unidos y a Verdugo Alonso en España. Ambos cuentan con una vasta bibliografía sobre la temática, siendo uno de sus principales conceptos rectores de su trabajo el de “calidad de vida” (Schalock, 1996; Gómez-Vela, Verdugo Alonso & Canal, 2002).

La tercera de las líneas mencionadas entre las actualmente vigentes respecto de la investigación en torno a la discapacidad mental, es la que lleva adelante el autodenominado Modelo Social de la discapacidad. Se lo puede hallar en menor proporción que el resto, aunque las últimas dos décadas lo muestran con un importante crecimiento. Incluye investigaciones que analizan movimientos llevados adelante por sujetos en situación de discapacidad, estudiando aspectos tales como el empoderamiento, la autonomía, la vida independiente, la autogestión, etc. Una de las principales características de esta línea es que, si bien se basan en planteos de profesionales, éstos presentan la particularidad de encontrarse en situación de discapacidad.

Los creadores de este modelo pertenecen en su mayoría al ámbito de las Ciencias Sociales (sociólogos, psicólogos, etc.) y fundamentan teóricamente su postura con los planteos de Karl Marx. Plantea que la discapacidad es una producción social, y que por lo tanto es necesario abandonar lo que ellos denominan la teoría de la tragedia personal (que irónicamente grafica al Modelo Médico-Individual) para reemplazarla por la teoría de la opresión social. “Si se sigue la lógica de definir a la discapacidad como una opresión social, entonces las personas con discapacidad serán vistas más como víctimas colectivas de una sociedad indiferente o ignorante, que como víctimas individuales de circunstancias trágicas” (Oliver, 1993, p. 22).

Desde el Modelo Social se sostiene que a través de la opresión se desalienta a los sujetos a utilizar las ventajas vigentes para incluirse en los procesos laborales, se alienta a

normalizar el sufrimiento y la enfermedad para no verse despreciado y desfavorecido, se condiciona a formar parte de una recepción pasiva de asistencia social y se legitiman las dificultades o imposibilidades del sistema distributivo para cubrir las necesidades sociales que se requieren (Abberley, 2008). En otras palabras, se “restringe la integridad de su humanidad al reducirlos únicamente a sus aspectos ‘problemáticos’” (Abberley, 2008, p. 47) (las comillas son del autor).

La opresión, marginación, discriminación y exclusión padecidas por las denominadas “personas con discapacidad” (ONU, 2006), emergen como una producción de una sociedad que no contempla las particularidades de la discapacidad, encontrándose conformada sólo para individuos que logran ubicarse dentro de los parámetros de la normalidad.

El Modelo Social intenta instituir una identidad de la discapacidad, o incluso de las discapacidades (segmentadas y diferenciadas entre las diversas categorías de clasificación), intentando invertir las relaciones de poder, pero en función de los lugares ocupados. De hecho, su principal proclama afirma: “Nada de nosotros sin nosotros”. De este modo, en sus planteos se sostiene una diferenciación dicotómica entre discapacitados y convencionales, ya que concibe a las personas con discapacidad como sujetos que deben despertarse, concientizarse, luchar por ocupar lugares de poder que hoy están colonizados por individuos que no se encuentran en situación de discapacidad, casi a la manera de una toma de poder de instancias que por derecho natural les corresponde. Hay una forma de ser que las sociedades capitalistas están dejando afuera de sus cálculos, y les corresponde a los excluidos, a los oprimidos golpear las puertas para que los dejen entrar. Sostienen que lo mismo que han notado los individuos de color, luego las mujeres, más adelante los gays y las minorías sexuales, finalmente se espera que también puedan lograrlo las *personas con discapacidad*.

Sus principales referentes internacionales son los sociólogos ingleses Barton, Oliver y Shakespeare, y los artículos académicos más importantes se encuentran publicados online en el sitio web de la Universidad de Leeds. Se dispone sólo de dos de sus libros en español (Barton, 1998; Barton, 2008). Una de sus principales líneas de investigación es el denominado método narrativo (Booth, 1998).

En Argentina existen agrupaciones que trabajan desde esta línea, ubicadas en distintos lugares del país. Entre ellos, puede mencionarse la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI) en Buenos Aires, quienes sostienen que

la discapacidad, es un concepto que no se puede definir por una condición médica de una persona o de un grupo de personas sino que existe en tanto la sociedad le asigna un disvalor a esa condición y por tal razón no considera que deba ajustar sus prácticas o diseños de remedios institucionales (políticos, económicos, culturales, medioambientales, entre otros) para incluir a esa población (Chávez Penillas & REDI, 2012, p. 32).

Además, un equipo de profesionales despliega su práctica de investigación, docencia y extensión de la Facultad de Trabajo Social de Paraná, perteneciente a la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), trabajando también desde la perspectiva de la producción social de la discapacidad. Cuentan con numerosos artículos publicados y ponencias en Congresos y con tres publicaciones en formato de libro (Angelino & Almeida, 2012; Angelino & Rosato, 2009; Vaín & Rosato, 2005).

En última instancia, ya fuera de estas tres grandes líneas, pueden ubicarse -con muchísima menor presencia- algunas investigaciones que conformarían una perspectiva diferente. Pertenece a profesionales que pretenden interrogar el estatuto mismo de la discapacidad en función de sus atravesamientos institucionales, discursivos y de poder.

Respecto de investigaciones llevadas a cabo desde esta otra perspectiva, pueden mencionarse cuatro tesis doctorales, una de la Universidad FLACSO de Buenos Aires y las otras de la Universidad Nacional de Rosario. La primera de ellas se titula “Discurso jurídico y pedagógico sobre la diferencia en Educación Especial”, realizada por Clímaco (2010) y dirigida por Skliar. Las de Rosario son de Dabin (2012), titulada “Teoría y práctica de la atención a la diversidad en el sistema educativo argentino: arqueología y genealogía de un

dispositivo político en la Provincia de Santa Fe”, la cual fue dirigida por Kahan. La segunda es de De la Vega (2004), titulada “Genealogía de la Educación Especial en la Argentina”, dirigida por Carli; y la última, es la titulada “Producción de subjetividad y ciudadanía en los orígenes de la escuela pública. (Orden, autoridad y rituales. Las condiciones de autonomía)” cuyo autor es Belgich (2005), y el director, Barrera. La particularidad de estos análisis es que toman como ejes centrales las relaciones de poder, los entrecruzamientos discursivos y la producción de subjetividad, independientemente de si se trata de la problemática de la discapacidad, de la escolaridad, de la educación especial, etc.

Al tratarse justamente de una perspectiva concordante con el marco epistemológico, teórico y metodológico elegido para la realización de la presente tesis, son tomadas en consideración como antecedentes fundamentales tanto en el recorrido de sus propias investigaciones, como en cuando a las conclusiones a las que llegan.

Ahora, este relevamiento del estado actual de conocimientos, teorías, modelos y perspectivas sobre el tema, que adolece obviamente de ciertas limitaciones y de exclusiones y selecciones obligadas, permite sin embargo visualizar que, si se pretende llegar a alguna definición más o menos concisa respecto de la discapacidad, nos encontramos con una compleja y difusa red de concepciones, modelos, teorías, posturas, etc. Parece que cualquier definición tentativa de discapacidad se termina escapando de cada uno de los enunciados que se ensayen.

Por lo tanto, uno de los objetivos del presente recorrido es interrogar el estatuto mismo de la discapacidad, analizando su dimensión institucional. Para ello, se pretende abordar la problemática de la discapacidad mental, las políticas públicas que la abordan, las estrategias terapéuticas que de ella se ocupan y los espacios institucionales que la alojan, desde una perspectiva específica: la que concierne al pensamiento foucaultiano.

Al respecto, Peusner sostiene que “Foucault supone que sus palabras sólo adquieren importancia por el trabajo que podrían causar en algún otro pensador” (2013, p. 157). De esta manera, con las herramientas epistemológicas, metodológicas y teóricas aportadas por el pensamiento de Foucault, se realiza un planteo académico original en un área que ciertamente se encuentra bastante estudiada, pero no desde lo que puede decir del territorio específico de la discapacidad mental un análisis de las formaciones discursivas y de las relaciones de poder que allí pueden observarse.

Por último, cabe mencionar que el interés personal por este tema de investigación radica en la experiencia profesional del tesista, la cual se ha desplegado durante alrededor de tres años en un Centro de Día para individuos diagnosticados con retraso mental. El trabajo allí llevado adelante, ha permitido vislumbrar una cuestión digna de atención: en ese lugar, todos los concurrentes excepto uno, han transitado a lo largo de toda su vida por diversos establecimientos (Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos, Escuelas Especiales, Hogares, etc.), a pesar de que cada uno de ellos explicitan pretender trabajar en pos de la autonomía y de la integración social de cada concurrente. Dado que diversos diálogos y encuentros sostenidos con profesionales empleados en otros establecimientos, han reafirmado que dicha situación se repite también en ellos, es dable pensar que estas dificultades no serían exclusivas de un Centro de Día en cuestión, sino que darían cuenta más bien de una lógica que condiciona la forma de trabajo y las posibilidades de lograr los objetivos en este tipo de establecimientos.

A partir de ello es posible pensar que la problemática de la discapacidad mental no es un asunto meramente médico, psicológico, kinesiológico, fonoaudiológico, psicopedagógico, pedagógico o jurídico; sino que concierne a una cuestión política que requieren por lo tanto prácticas no sólo terapéuticas, sino también políticas. Y al decir de [Daniel] García, “nos implican estas prácticas políticas porque implican en sí mismas una cuestión de poder (...), de las luchas” (2003, p. 61).

1.2. La elección de la estrategia metodológica empleada: el análisis arqueológico-genealógico como modo de historizar la discapacidad mental

La presente tesis doctoral se sustenta en una investigación cualitativa, en función del modo en que se trabajan las categorías de análisis y las técnicas de investigación. Se apuesta por una modalidad de trabajo investigativo enriquecida por entrevistas y visitas al campo, de manera de lograr articular el análisis de la materialidad discursiva presente en los documentos, leyes y fuentes primarias, con el de la observada en lo más empírico del terreno. A su vez, no se encuentra rigurosamente direccionada desde el comienzo, sino que se lleva adelante un proceso de la investigación en el que se va trabajando recursivamente, construyendo categorías de análisis en función de la experiencia y analizando de manera compleja el fenómeno estudiado en todas sus dimensiones: internas, externas; pasadas y presentes. Asimismo, la experiencia personal de los sujetos implicados en la problemática abordada cuenta con un lugar prioritario para entender lo concerniente a la discapacidad mental, manteniendo el proceso de investigación vinculado con el mundo empírico (Taylor & Bogdan, 1992), de donde se extrae material discursivo y episodios trascendentes. A su vez, es una investigación de tipo descriptiva (Sabino, 1992, p. 47), ya que pretende describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, por lo que no se pretende una generalización de las conclusiones.

Deviene necesario, previo a la explicitación de la estrategia metodológica elegida para el desarrollo de esta tesis, algunas sucintas aclaraciones técnicas que evitarán eventuales confusiones en el lector.

La primera de ellas es que, a pesar de incluir datos históricos e historiográficos, ésta no es una tesis histórica, sino un análisis de la situación actual de la discapacidad mental, a la luz de la cual se hace necesario un trabajo de investigación histórica. Se trata de una investigación en la que el archivo que le sirve de soporte, está dado por los “monumentos” (Foucault, 2013a, p. 238), que implican tanto las líneas de enunciación –por ejemplo, los documentos- como las líneas de visibilidad –por ejemplo, los detalles arquitectónicos-. Una indagación de estas características “consiste no en describir las verdades de nuestro pasado, sino más bien en descubrir el pasado de nuestras verdades” (Cappelletti, 2007; p. 79). “Investigación histórica y no trabajo de historiador”, entonces, al decir de Deleuze (2005a, p. 151).

La segunda aclaración remite a que, a pesar de incluir elementos de la investigación histórica, no se ha propuesto registrar una periodización ni trazar un momento o corte histórico específico. Una investigación arqueológica pretende mostrar el funcionamiento como discurso, analizar sus concomitancias, sus quiebres, sus estratos positivos (...), más allá de cualquier periodización y por fuera de los historicismos en que se ha incurrido” (Albano, 2006, p. 11). Se pretende entonces ubicar las líneas de continuidad, irrupción, disrupción o viraje presentes en el estudio de la historia de la discapacidad mental, de las políticas públicas o estrategias terapéuticas que la abordaron, y de los modos de subjetivación que en ella se ven implicados, sin acotarse un estrato temporal específico.

La tercera y última enunciación precautoria, remite al carácter provisorio y acotado del contenido y las conclusiones de la presente tesis. Si bien se pretende abordar un asunto complejo a través de una perspectiva acorde, los desarrollos que aquí se despliegan no se proponen agotar la cuestión de la discapacidad mental. Como sostiene Bachelard, “la verdad es siempre relativa por su propio carácter histórico, jamás se torna definitiva, y menos aún, única” (Emmanuele, 1998a, p. 20). Sólo se pretende realizar mediante una analítica del poder, un recorrido transversal a los discursos, las líneas de investigación, las prácticas discursivas, los abordajes terapéuticos, las políticas públicas y las legislaciones que se ocupan de este asunto contribuyendo a producir condiciones de existencia concretas para todo un conjunto de individuos. “El análisis de los acontecimientos discursivos y la descripción del archivo no están en modo alguno limitados a un dominio (...), y el recorte mismo de ese dominio no puede considerarse definitivo ni válido en términos absolutos” (Foucault 2013a, p. 240). En otras palabras, se trata de un análisis aproximativo al estatuto que puede otorgársele a la discapacidad en general, y a la discapacidad mental en

particular, en la gubernamentalidad actual vigente en el ámbito geográfico de la región de Rosario. Ello llevará a interrogar las técnicas anátomo-políticas, las estrategias biopolíticas y los procesos de subjetivación concernientes a la situación de discapacidad.

En función de ello, las herramientas epistemológicas, metodológicas, teóricas y conceptuales centrales utilizadas para realizar la investigación que ha derivado en esta tesis doctoral se corresponden con un posicionamiento específico. Conciernen al trabajo académico llevado adelante por el filósofo francés Michel Foucault (Poitiers, 15 de octubre de 1926 – París, 25 de junio de 1984). Este autor adhiere a los postulados de Bachelard, que proponen un racionalismo abierto y pluralista que se oponga a toda postura cerrada y autoritaria de la epistemología general. Ello habilita incluso a sostener epistemologías regionales que permitan abordar la especificidad de la producción de conceptos y teorías propias de cada área del conocimiento (Bachelard, 1991).

Deviene fundamental el sostenimiento de una concordancia entre un posicionamiento epistemológico como éste y la elección de la estrategia metodológica a emplear. Ello se debe a que se hace necesario tener presente para cualquier proceso de investigación la cuestión de los obstáculos epistemológicos (Bachelard, 1991), que no son externos al conocimiento científico, sino que le son inherentes, se ubican en el conocimiento mismo, en tanto proceso de apropiación de lo real. Dichos obstáculos remiten a

- *la observación básica* (que deja de lado la posibilidad de la experiencia en relación al fenómeno observado y por lo tanto la posibilidad de comprender; en otras palabras, entre el conocimiento sensible y el conocimiento científico hay una verdadera ruptura);
- *la falsa doctrina de lo general* (que predispone a buscar regularidades y recurrencias impidiendo la inclusión de las discontinuidades, las diferencias, los acontecimientos);
- *el obstáculo verbal* (que tiende a cerrar mediante una palabra explicativa toda la complejidad de un fenómeno);
- *la idea del conocimiento unitario* (principio de unidad de ciencia, de método, de modelo, de saberes, deseado por la lógica científica que lleva a pensar en términos de error la menor dualidad que se presente y que abre a lógicas dicotómicas para leer lo empírico);
- *el pragmatismo o la utilidad de los fenómenos* (que lleva a suponer una utilidad en todo fenómeno o funcionalidad, relegando a lo irracional todo aquello que no muestre un rasgo pragmático);
- *el obstáculo sustancialista* (que invita a pensar todo fenómeno en términos de sustancia, provocando el funcionamiento de un verdadero mito);
- *el obstáculo animista* (presente especialmente en el terreno de la biología, pareciendo explicar los fenómenos físicos mediante cualidades vitales);
- *el conocimiento cuantitativo* (que conlleva el riesgo de que se termine creyendo más en el realismo de la medida o magnitud que en la realidad del objeto);
- *el falso rigor del pensamiento* (que implica que un sistema de pensamiento previo puede impedir la comprensión de un sistema nuevo); y
- *el obstáculo pedagógico* (que remite a la imposibilidad de comprender por parte de los científicos que no se comprenda lo que se trasmite con su discurso).

Teniendo en cuenta que Bachelard (1991) sostiene que no hay nada espontáneo, ni nada dado en el trabajo de la investigación científica, sino que todo se construye, “es preciso saber plantear los problemas, esto es, formular interrogantes, reclamar precisión, indagar diferencias, diversificar en vez de unificar” (Emmanuele, 1998a, p. 19).

En consecuencia, ateniendo a la intención de evitar la presencia de dichos obstáculos, se realiza un análisis de índole arqueológico-genealógico (Emmanuele, 2001; Foucault, 1992a, 2005; Vidal Auladell, 2003). Se pretende así llevar adelante un proceso de investigación que pueda analizar los múltiples atravesamientos institucionales, discursivos y de poder que constituyen la discapacidad mental de un determinado modo y no de otro. Este análisis permite interrogar la problemática de la discapacidad, sin observarla solamente de

manera directa, sin asumir que debería haber una sola manera general de pensarla, sin sostener ataduras con las categorías políticamente correcta de nombrarla, sin suponer una sola manera de ser humano, sin asumirla como un error de la conformación humana, sin concebirla como una realidad natural inherente a lo biológico, sin mantenernos solamente en los parámetros utilizados para mensurarla, sin concebirla como un objeto natural del que el discurso médico debería hacerse cargo y sin asumir que la dificultad para que se desplieguen otros modos de pensarla radica en un problema meramente intelectual. La propuesta es entonces considerar la discapacidad en cuanto a su dimensión institucional.

En este caso, el recorrido realizado en torno a ese esquivo objeto, no pretende un retroceso en el tiempo para encontrar una presunta continuidad, una supuesta evolución o incluso ciertos determinismos históricos sino, por el contrario, se busca percibir los eventos accidentales, los sucesos azarosos, las luchas de fuerzas que están en la raíz de lo que hoy se reconoce como existente. No se supone entonces como meta de este recorrido histórico el encuentro con el origen de la cosa, su identidad natural en estado puro, virgen, impoluto, sino la barbarie, la discordia, “el disparate” (Foucault, 1992a, p. 7).

Existen otras investigaciones realizadas desde una perspectiva metodológica similar, comenzando por algunos de los trabajos de Foucault, con sus estudios sobre la locura (1998), la medicina (2007), los anormales (2008a), la prisión (2004) y la sexualidad (2010a). Siguiendo esta línea, también en Francia, puede mencionarse el trabajo realizado por Donzelot (2008) en relación a la creación de la institución familia, las prácticas discursivas destinadas a su abordaje y los modos de concebirla, a través de la escuela y de los institutos médico-pedagógicos vinculados a ella. Por otro lado, en España, Álvarez Uría por su lado (1983 y 1997), y junto a Varela por otro (1990 y 1993), han indagado en relación a la Educación Especial, la locura y la medicina. Ya en Argentina, Puiggrós y colaboradores (1993), Carli (1993), De la Vega (2004 y 2010), Belgich (2005) y Dabin (2013), han realizado recorridos similares en relación a la historia de la Educación común, la Educación Especial y la atención a la diversidad en el país.

En la revisión de las investigaciones, formulaciones y producciones sobre el tema, puede encontrarse que la mayoría de ellas parte de la presunción —explícita o implícita— de que aquello que se está abordando al explorar esta problemática, es un objeto natural, de raigambre patológica, de aparición aleatoria, que afecta trágicamente a quien deviene su portador, a su círculo más íntimo (la familia, la comunidad), e incluso a la sociedad toda. La discapacidad mental como objeto natural presenta entonces una organización coherente, homogénea, lógica, en su modo de concebirla. Se ve a su vez legitimada por fundamentarse en los discursos médico y psiquiátrico, lo cual tiende a cristalizar ciertas prácticas discursivas y a disimular su complejo y enmarañado terreno de procedencia. “La procedencia permite encontrar bajo el aspecto único de un carácter, o de un concepto, la proliferación de sucesos a través de los cuales (gracias a los cuales), se han formado” (Foucault, 1992a, p.11).

En síntesis, se espera ubicar la procedencia histórica de la discapacidad mental, para entender por qué sucede actualmente lo que sucede, o, dicho de otro modo, cómo llegó a conformarse lo que actualmente existe. Como dice Foucault, “la búsqueda de la procedencia no funda, al contrario, remueve aquello que se percibía inmóvil, fragmenta lo que se pensaba unido; muestra la heterogeneidad de aquello que se imaginaba conforme a sí mismo” (1992a, p.12).

Desde esta perspectiva, al dirigir la atención a la cuestión de la discapacidad mental y su historia, se evidencian —contrariamente a los mencionados planteos— cuatro cuestiones.

En primer lugar, que se encuentra atravesada por múltiples discursos (médico, jurídico, psiquiátrico, psi, religioso, etc.).

En segunda instancia, que puede vérsela ubicada en el entrecruzamiento de diversas instituciones (Salud, Educación, Iglesia, Justicia, etc.).

Además, que se ha visto abordada a lo largo del tiempo por diferentes instancias (las Sociedades de Beneficencia, el Asilo de Alienados, el Sistema Educativo, el Estado, etc.), saberes (filosofía, alienismo, etc.), disciplinas y prácticas discursivas (Medicina, Psicología, Psiquiatría, Pedagogía, Psicoanálisis, etc.).

En cuarto y último lugar, que la discapacidad mental es sólo una de cuatro formas posibles que tiene la discapacidad en general de manifestarse (las otras tres son la discapacidad motriz, la sensorial y la visceral).

Para abordar tal complejidad, se realiza entonces una analítica del poder, un análisis de las relaciones de poder que se ven siempre legitimadas en dominios de saber y que atraviesan en una compleja trama, en una intrincada red, la problemática de la discapacidad mental. Esta analítica del poder se lleva adelante el estudio de los acontecimientos, de los episodios y de la materialidad discursiva presente en lo empírico de los documentos, de las visitas al campo y de las entrevistas. Todo ello deviene analizador para el trabajo de investigación.

Se entiende por *acontecimiento* a algo –un proceso, un hecho, un invento, el surgimiento de una figura, etc.- susceptible de generar que, “de súbito, las cosas ya no sean percibidas, descritas, enunciadas, caracterizadas, clasificadas y fatigadas de la misma manera” (Foucault, 2011, p. 231). En este sentido, el acontecimiento no concierne directamente a los objetos propuestos para indagar, que pueden ser analizados y explicados por el conocimiento, ni tampoco depende de su manera de conocerlos o racionalizarlos. Remite más bien a la relación de la representación con lo que se da en ella. En consecuencia, la condición de estos lazos, de esta relación, reside en el exterior de la representación, más allá de su visibilidad inmediata, de la forma en que discursivamente se grafica su materialización.

En otras palabras, un acontecimiento remite a aquello que “se destaca de un fondo uniforme, que constituye una diferencia” (Veyne, 1984, p. 15), individualizado por el hecho mismo de que sucedan en un momento dado. Sin embargo, y en esto deviene fundamental esta noción en el marco de una historización, debe tenerse en cuenta que “un acontecimiento sólo tiene sentido dentro de una serie” (Veyne, 1984, p. 29). A su vez, esas series no poseen un número definido, como así tampoco se ordenan jerárquicamente. Es el trabajo arqueológico-genealógico el que le da estatuto de acontecimiento a diversos fenómenos a partir de los cuales puede leerse un punto de viraje significativo.

Por otro lado, el *episodio* remite a un suceso, a un hecho que se presenta de manera disruptiva en un efímero y fugaz instante bajo el signo de azar (Emmanuele, 2002 y 2012). Oliva destaca que el término episodio proviene de la tragedia griega. Se trata de una categoría formal de la tragedia y refiere usualmente a los cortes de una trama que marcan la aparición de nuevos personajes. “El prefijo *epi* (sobre) se junta con el nominativo *eisodos* (entrada) con lo que se connota un corte en la deriva de la trama” (2013, p. 4). Se muestra a su vez imposible de dilucidar en su totalidad mediante una lectura que obedezca a la lógica de causa-efecto, ni a la interpretación de una decisión pura y exclusivamente personal del actor social en que tal vez éste se manifieste.

La utilización (...) de episodios de la trama cultural permite visibilizar cierto carácter esencial de lo que Foucault llama *discurso*, principalmente esa carnadura material en los sujetos parlantes y fundamentalmente el carácter deseante de un espacio que las fuerzas sociales quieren ocupar con lo imposible de la plenitud (Oliva, 2013, p. 5).

Por lo tanto, presentan un carácter formal en tanto fragmento extraíble de una trama. Son siempre tan singulares como furtivos. Y si muestran una repetición, nunca es de manera idéntica entre sus manifestaciones, sino que siempre se halla una diferencia.

Por su parte, tomar la *materialidad discursiva* como basamento de análisis, remite a un trabajo de objetivación de los discursos. Si los discursos remiten a abstractos y no explicitados conjuntos de reglas que condicionan la construcción de enunciados, de objetos, de teorías y de conceptos; la materialidad discursiva concierne al modo en que esas reglas se hacen presentes en hechos, dichos o situaciones observables en lo cotidiano. Implica suponerles una dimensión institucional que requiere ser interpretada, a través de lo cual se logra desnaturalizar aspectos a nivel de lo microsocioal que corren el riesgo de quedar opacados por lo obvio (Emmanuele, 2002).

Ésta puede ser visibilizada en los signos físicos de la manifestación individual de una problemática, en la manera de leer los signos diagnósticos, en lo visible de las prácticas y procedimientos vigentes, en la letra de la legislación actual, en el modo de desplegar las políticas públicas, en el decir de los múltiples hablantes de un espacio social dado, en las huellas distintivas de la arquitectura o la estética de un establecimiento, etc. (Contino, 2013a). Puede afirmarse que la materialidad discursiva presenta la característica de ser “a la vez no visible y no oculto”, por utilizar una expresión de Foucault (2005, p. 184) relativa a los enunciados de un discurso.

Ahora bien, dichos acontecimientos, episodios o incluso la materialidad discursiva misma, puede devenir en analizador en el transcurso del trabajo de investigación. Los analizadores, de acuerdo a los planteos del análisis institucional, remiten a situaciones, episodios, dichos, hechos, actos, detalles que tienen el poder de hacer hablar a lo institucional, revelando algo del orden de esas múltiples dimensiones estructurantes, indecibles y escindidas que constituyen todo fenómeno humano. Es entonces aquello “que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar” (Lourau, 1975, p. 282), y que pueden vislumbrarse en cualquier situación de la vida cotidiana, ya sean los decires de los actores como los episodios o acontecimientos, habilitando a que en ellos se lea una realidad que los atraviesa y excede en su complejidad (Emmanuele, 2002). Se trata, por lo tanto, de una construcción realizada a partir de la materialidad empírica que obliga a pensar y a problematizar aquello con lo que alguien se encuentra.

Esta propuesta metodológica se sostiene en tanto puede observarse que en este territorio se superponen y se articulan situaciones tan disímiles como el modo en que una portera sirve el desayuno en un remoto Centro de Día, hasta la elección de las categorías jurídicas que se utilizarán en una Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. “En definitiva (...) el trabajo investigativo consiste en apresar algo de ese incesante devenir entre lo macro, lo micro y nuevamente lo macro que se torna imprescindible para dilucidar la trama dialéctica”, sostiene Dabin (2013, p. 67).

Acorde a una posición pensada desde la perspectiva de la microfísica del poder, no puede suponerse por ejemplo que cada profesional sea absolutamente libre y original respecto del modo en que concibe y trabaja la problemática de la discapacidad. Tampoco, que exista una instancia superior, jerárquicamente poderosa, que centraliza la definición de los abordajes que cada Estado realizará respecto de esta problemática.

La elección de esta forma de análisis se fundamenta entonces en lo extremadamente complejo del campo que se aborda: el del surgimiento y la naturalización de la discapacidad mental en un momento histórico determinado, y en un Estado como el nuestro, que adhiere a los postulados de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, o APA por sus siglas en inglés). Las condiciones de posibilidad para su surgimiento se orientan a intentar mostrar el modo en que el retraso mental en tanto categoría diagnóstica se introduce en el pensamiento médico argentino. Y a partir de ello, los mecanismos de abordaje que de allí se derivan, y que se institucionalizan en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina.

Se busca entonces comprender el modo en que las relaciones de poder posibilitan que los discursos se desplieguen, se transformen, afecten o sean afectados por otros discursos. Este análisis permite mostrar cómo actualmente se llega a establecer, consolidar, legitimar, institucionalizar y generalizar un modo específico de concebir la discapacidad en general y la discapacidad mental en particular.

Pero a su vez, se espera que el análisis llevado adelante por el recorrido de esta tesis, aporte una perspectiva diferente que contribuya a una apuesta por un devenir distinto, ya que como plantea Vidal Auladell (2003), “la genealogía lleva a una acción (...); la historia no sólo conecta con nuestro presente, sino que la historia y la concepción que tengamos de ella condiciona la manera como nos narramos, la concepción de nosotros mismos, y hasta las posibilidades de futuro” (p.10).

1.3. Organización del diseño de investigación. Categorías de análisis

La investigación comienza con una indagación arqueológica acerca del modo en que se fue recortando y consolidando ese complejo objeto discursivo que es el retraso mental. Y a continuación, se despliega la manera en que, a partir de él, la discapacidad mental devino en una especie de territorio atravesado por instituciones, políticas públicas, prácticas discursivas, discursos y tecnologías de poder, que incluye y engloba a un significativo conjunto de individuos, a todo un sector de la población.

Un territorio es algo que reúne elementos heterogéneos, que crea una suerte de consistencia que no queda definida solamente por las características de su interior, ni por su rechazo a lo exterior. La forma en que un territorio se expresa implica que existan fronteras, pero éstas son porosas y móviles, lo cual permite reorganizar funciones y reagrupar fuerzas constantemente. A su vez, el territorio se abre a otros territorios y a otros medios, deviniendo en una zona de pasajes y relevos y convirtiéndose en una interioridad inseparable de su afuera (Grossberg, 2012). En este sentido, “un territorio siempre tiene una zona interior de domicilio o abrigo y una exterior de dominio” (Deleuze y Guattari, 2002, p. 321).

El territorio remite por otro lado a la realidad vivida, a una realidad afectiva, a un conjunto complejo de registros afectivos que constituyen diferentes formas de vivir en localizaciones determinadas socialmente. Estos registros inciden en el modo de definir la valoración, el placer, los deseos, las emociones. Se trata de un espacio habitado; un espacio en tanto sistema tal como es percibido, tal como es vivenciado. “Establece relaciones complejas entre pertenencia y alienación, identidad e identificación, subjetivación y subjetificación. (...). Define las tonalidades afectivas que dan resonancia y timbre a nuestra vida” (Grossberg, 2012, p. 51). En otras palabras, no es lo mismo para un sujeto ser insertado en un territorio que no estar inserto en él. El modo específico de funcionamiento de un territorio condiciona las formas de subjetividad de los individuos o colectivos que por él se ven atravesados. “El territorio es sinónimo de apropiación, de subjetivación realizada sobre sí mismo” (Deleuze, 2005b, p. 192).

Deviene aquí ineludible marcar un doble aspecto que caracteriza a todo territorio. Éste “no sólo asegura y regula la coexistencia de los miembros de una misma especie, separándolos, sino que también hace posible la coexistencia de un máximo de especies diferentes en un mismo medio, especializándolas” (Deleuze & Guattari, 2002, p. 326). Algo de esto puede ser pensado en relación a los sujetos categorizados con discapacidad mental, en tanto la existencia del actual territorio destinado a su abordaje, concurrencia, alojamiento y circulación deviene una transformación radical respecto de la situación anterior. Hace décadas, existían numerosos casos de sujetos anormales, débiles, retrasados, etc. que eran resguardados en el interior de un hogar familiar, sin tener prácticamente contacto con la sociedad (de acuerdo al testimonio de familiares de personas en situación de discapacidad).

En consecuencia, deviene fundamental indagar el modo en que se fue constituyendo el territorio de la discapacidad mental. Esto es, explorar el recorrido que se fue sosteniendo hasta llegar a la forma en que actualmente funciona.

Para ello, deviene necesario explicitar las categorías de análisis que se utilizan en todo este recorrido de investigación que se viene describiendo, en pos de justificar las líneas de indagación que dan cuerpo al presente trabajo de tesis.

Una línea de indagación importante la constituye el modo en que el retraso mental devino en categoría psiquiátrica, médica, psi y jurídica, con el consecuente montaje terapéutico destinado actualmente a su abordaje. Es decir, se realiza un análisis respecto del modo en que a partir de determinadas demandas sociales se constituye el objeto discursivo que hoy se denomina retraso mental. Y se indaga a partir de ello la proliferación de espacios, enunciados, prácticas y procedimientos exclusivos para su abordaje.

De acuerdo a los planteos de Foucault, las prácticas discursivas pueden “formar grupos de objetos, conjunto de enunciaciones, juegos de conceptos, series de elecciones teóricas” (Foucault, 2005, p. 305). El recorrido del trabajo muestra que es posible hallar esto en relación a la construcción del objeto retraso mental. Por lo tanto, el retraso mental se muestra como una construcción que sólo pudo emerger al establecerse una serie de

condiciones históricas que lo hicieron posible. Esto es, el despliegue de determinados discursos que tomaron para sí el estudio del problema surgido con los acontratables (Belgich, 2004) primero, y con los irreductibles a la disciplina escolar después (Foucault, 2008c). Entre estos discursos pueden mencionarse el religioso, el filosófico, el psiquiátrico, el médico, el jurídico (Foucault), el psi, el pedagógico (Emmanuele, 1998a). Las relaciones entre ellos, relaciones de superposición, yuxtaposición, exclusión, eliminación, desplazamiento, etc., han logrado finalmente constituir el objeto retraso mental tal como se visualiza actualmente:

Las relaciones discursivas (...) se hallan en el límite del discurso: le ofrecen los objetos de que puede hablar; determinan el haz de relaciones que el discurso debe efectuar para poder hablar de tales o cuales objetos, para poder tratarlos, nombrarlos, analizarlos, clasificarlos, explicarlos, etc. (Foucault, 2005, p. 75).

Cabe especificar que por discurso, Foucault entiende una compleja construcción heterogénea y anónima que “da lugar a ciertas organizaciones de conceptos, a ciertos reagrupamientos de objetos, a ciertos tipos de enunciación, que forman según su grado de coherencia, de rigor y de estabilidad, temas o teorías” (Foucault, 2005, p. 105). Es decir que el discurso es siempre social e histórico: está vinculado a instituciones, procesos económicos, relaciones sociales, etc. Por lo tanto, su especificidad no le otorga autonomía ni independencia respecto del régimen de Verdad de la época en la que está inserto. El discurso no le pertenece tampoco a ningún hablante en particular, aunque cada individuo puede ocupar una cierta posición subjetiva en él. Esto implica que el discurso, lejos de ser lo que alguien dice, es más bien lo que hace hablar a cada sujeto, siempre de acuerdo a un determinado orden (Foucault, 1996a). Se trata entonces de construcciones histórico político sociales que trascienden a los hablantes y que a la vez los hablan (Emmanuele, 2002 y 2012). Además, también se visibilizan como prácticas, ya no tanto en lo que se dice, sino más bien en aquello que se hace: se puede definir a los discursos “como prácticas que obedecen a unas reglas” (Foucault, 2005, p. 233). Al decir de Veyne, “¿qué es entonces el discurso? Es lo que la gente realmente hace, en oposición a lo que una ilusión perpetua de generalidad y de racionalidad hace creer que hace” (Veyne, 2001, p. 25). Esta forma de concebir el discurso habilita a contemplar también las prácticas discursivas, en tanto formas de proceder legitimadas en un cierto saber y orientadas a lograr determinados objetivos convenientes para la racionalidad político-económica de una sociedad. Entre estas prácticas discursivas vinculadas a la problemática de la discapacidad mental, se encuentran tanto los procedimientos administrativos, legales y burocráticos concernientes a ella, como toda una diversidad de abordajes terapéuticos que se ocupan de su tratamiento.

Ahora bien, el conjunto de estrategias terapéuticas y de aspectos jurídicos que aborda un fenómeno humano, requiere de un basamento político que legitime sus postulados, sus propuestas, sus tácticas y sus procedimientos. Esto direcciona a otra de las líneas de indagación, el de las políticas públicas dirigidas a la discapacidad, existentes en la ciudad de Rosario, cuya elaboración se basa en las legislaciones vigentes y en las convenciones internacionales vinculadas a esta problemática.

Cabe marcar que la Municipalidad de Rosario entiende por políticas públicas -de acuerdo a lo que plantea en algunos de sus documentos-, a “un curso de acción, una definición de principios en relación con un objetivo público definido en forma democrática (...) que debería ser objeto de intervenciones por parte de instituciones públicas”, lo cual implica que “la política pública tiene como antecedente la percepción de un problema o una situación que remite a la búsqueda de un equilibrio” (Ferraro & Diodati, 2008, p. 11).

Esta definición muestra una particular concordancia con la que diversos autores sostienen. Por ejemplo, Kauffer Michel afirma que “las políticas públicas se refieren a actividades materiales o simbólicas que gestionan las autoridades públicas” (2002, p. 3). El lineamiento que se visibiliza en esta forma de concebir las políticas públicas es que el contexto democrático posibilita que la población determine sus propios problemas. De este modo, los organismos públicos correspondientes intervienen para subsanar los aspectos

fallidos o las grietas todavía no abordadas por una administración pública que se muestra siempre predispuesta a que las soluciones se den tarde o temprano.

Por lo tanto, esa entidad a veces más abstracta y a veces algo más materializada que constituyen las políticas públicas, representa un conglomerado heterogéneo de prescripciones del orden de diversos discursos (jurídico, político, médico, psi, pedagógico). Dichas prescripciones conciernen al modo en que debe hacerse algo respecto de algún problema presente en la sociedad o en algunos de sus individuos. Se las puede vincular casi exclusivamente con la función del Estado, pero no debe descontextualizárselas de los lineamientos políticos internacionales (ONU, OMS, etc.). Por lo tanto, nunca se encuentran independizadas de la gubernamentalidad de la época.

Se pretende inteligir de este modo, los discursos involucrados específicamente en la construcción de la discapacidad mental. Se indaga en el modo en que éstos progresan, se transforman, afectan o son afectados por otros discursos. Ello permite comprender cómo se produce la actual conformación de los mecanismos, tácticas y estrategias más bien globales a partir de las cuales se conforman las políticas públicas vigentes, materializadas en diversos espacios y prácticas.

Por otro lado, debe tenerse en consideración que tanto el entramado discursivo como el conjunto de políticas públicas vinculadas a la discapacidad se organizan en torno a instituciones presentes en lo social.

Por institución se entiende toda instancia simbólica, productora de símbolos sociales que propagan y multiplican lazos, utopías, identificaciones, subjetividades, ideales, prohibiciones, posibilidades, etc. (Lourau, 1975). Foucault (2004) advierte a su vez, que institución no refiere a un mero formato arquitectónico o un lugar empírico, sino a la forma de distribución de ciertos mecanismos o estrategias de múltiples relaciones de poder. De este modo, es posible hablar de la Institución Salud, Educación, Justicia, Iglesia, etc., que luego podrá materializarse en tanto en establecimientos, organismos, efectores, etc., como en prácticas discursivas, saberes, teorías, profesiones, etc.

Institución no equivale al lugar donde se enseña y se cura, ni a la geografía de ningún establecimiento, sino al acto mismo de sujetar en la cultura, en el orden del discurso, sobre ese suelo político y esa racionalidad que imperan en una época dada (Emmanuele, 2002, p. 115).

De este modo, a partir del análisis del estatuto del objeto retraso mental y de las políticas públicas, se pueden describir los mecanismos de poder que atraviesan el territorio de la discapacidad mental en la ciudad de Rosario, tanto a nivel individual como poblacional. Es decir, las anátomo-políticas (tecnologías de poder que tienen como blanco al individuo en tanto cuerpo, en pos de potenciar su productividad y de garantizar su docilidad) y de las biopolíticas (tecnologías de poder que tienen como blanco los fenómenos propios del conjunto de seres vivos en tanto constituyen una población, tales como la salud, la higiene, la natalidad, la longevidad, las razas, etc.) (Foucault, 1983). Estas tecnologías de poder aportan una lectura esencial para describir los procesos de subjetivación, autonomía e integración social, tal como se evidencian actualmente en dicha ciudad.

En función de ello, y a los fines de organizar el diseño de esta parte de la investigación que intenta comprender el modo en que se organiza el territorio de la discapacidad mental en la ciudad de Rosario, se agrupan los materiales que constituyen este material de trabajo en dos tipos de registros: el de la *enunciabilidad* y el de la *visibilidad* (Deleuze, 2013).

Lo que corresponde al registro de la enunciabilidad, está constituido en el cuerpo de la presente tesis, por las investigaciones previas y los datos que los recursos históricos e historiográficos nos permiten disponer sobre el tema; el corpus de la legislación que ha estado o que se encuentra vigente en nuestro país y en la ciudad de Rosario, y las políticas públicas concomitantes a ellas; distintos materiales bibliográficos específicos relativos a esta problemática; material periodístico publicado por diarios o medios de la ciudad; y las diversas materializaciones de los discursos involucrados que se obtuvieron a través de la dimensión empírica del trabajo realizado -entrevistas con actores sociales implicados en la

cuestión de la discapacidad y visitas a algunos establecimientos dedicados al abordaje de la discapacidad mental. Dichas entrevistas involucran a sujetos en situación de discapacidad mental, personal estatal relacionado con esta área y actores sociales vinculados a establecimientos privados o públicos habilitados en la ciudad de Rosario para el abordaje de esta problemática (familiares, personal profesionalizado y no profesionalizado, directivos, dueños, transportistas, acompañantes terapéuticos).

Por otro lado, lo que concierne al registro de la visibilidad, remite principalmente a las visitas realizadas a distintos espacios: un establecimiento privado que funciona bajo la modalidad de Centro de Día (con fines de lucro), y otros tres espacios estatales (sin fines de lucro): una Escuela Especial, un Hogar provincial y un Taller Protegido. Se trata de incluir en el análisis los sitios geográficos en los que dichos espacios funcionan, las modalidades arquitectónicas escogidas, el modo en que organizan su circulación al interior de ellos mismos, etc.

No está incluida en la propuesta de investigación realizar un análisis institucional individual de cada espacio. Se intenta rastrear y volver legibles las líneas presentes en algunos discursos que actúan como condición de posibilidad para que en un cierto momento histórico se hayan constituidos estos espacios. Y para que actualmente continúen funcionando de un cierto modo y no de otro. Como dice Foucault, “al desinstitucionalizar y desfuncionalizar las relaciones de poder, se puede aprehender su genealogía: esto es, su manera de formarse, conectarse, desarrollarse, multiplicarse, transformarse, a partir de algo muy distinto de sí mismas” (Foucault, 2009, p.145). Por lo tanto, al no contemplar ni el estudio de casos de los actores entrevistados, ni el análisis institucional de los espacios visitados, tanto la identidad de los primeros como el nombre de los segundos, permanecen en el desarrollo del trabajo de tesis en el anonimato. Sólo se especifica cuando es pertinente al análisis, algún rasgo específico del lugar o del individuo.

La indagación en torno a las características que distinguen y le otorgan una cierta especificidad al territorio de la discapacidad mental es central en la investigación, pero ello no implica que la cuestión de la subjetividad no sea contemplada. La pretensión de indagar también los procesos de subjetivación que se producen en este territorio remite al complejo problema del sujeto. Y dicho problema remite obviamente una larga trayectoria en la Filosofía, la Psicología y las Ciencias Sociales en general.

El problema del sujeto se vincula ineludiblemente a la Filosofía occidental moderna y la tradición clásica, escolástica, de la que es tributaria (Bourdieu, 1999, pp. 24 y ss.). Simplemente a manera de síntesis, y a través de una generalización extremadamente escueta, puede afirmarse que dicha filosofía cuenta con la característica principal de presentar un conjunto de operaciones por el cual se abre la posibilidad de pensar acerca de lo que se es. Esto significa que el fundamento de esta perspectiva filosófica se desplaza del campo del ser (metafísica), al campo del sujeto, y a partir de ello, a los problemas de la representación, del conocimiento, del pensamiento. Este viraje filosófico habilita un modo de pensar el sujeto de forma a priori. Se lo entiende entonces como sustancia, en donde convergen de manera transparente el ser, el saber y el hacer. Se trata de una lectura a partir de la cual se desprende toda una variedad de corrientes filosóficas, epistemológicas, metodológicas, psicológicas. En este posicionamiento filosófico, el sujeto se reduce al individuo, y los actos y los pensamientos se homologan a la decisión, a la racionalidad, a lo deliberado.

Ahora bien, la línea en la que se inscriben los análisis de la perspectiva teórica y epistemológica que operan como fundamento de este trabajo de investigación, es otra. Se le otorga aquí un modo específico de pensar el problema del sujeto que no se corresponde con la línea mencionada, sino más bien con una perspectiva denominada postestructuralista o *materialista discontinuista* (Bachelard, Foucault, Derrida, Deleuze, Guattari, Bourdieu). Se trata de un posicionamiento discontinuista al afirmar una ruptura entre el objeto real y su conocimiento como condición necesaria, dado el devenir histórico de las ciencias. Y materialista por concebir que el conocimiento materializa a las prácticas sociales que la engendran y la construyen (Emmanuele, 1998).

Por lo tanto, sin desconocer otras formas de pensar el problema del sujeto y la cuestión de la subjetividad, se sostiene como posición en la que se basa esta tesis, que “la subjetividad no se reduce al psiquismo ni al aparato psíquico del sujeto, sino que se liga a lo corpóreo, por un lado, pero también a lo histórico-social” (Belgich, 2006, p. 17). Para esta perspectiva -cuya tradición remite a Nietzsche, quien ya había planteado la cuestión de la historicidad del sujeto-, deviene importante entonces “la búsqueda de las formas de la inmanencia del sujeto” (Foucault, 2008e, p. 496). Al postular la cuestión de la inmanencia, se afirma que el sujeto no puede pensarse ya como sustancia, sino más bien como forma, en tanto existe una contingencia en su producción, producción ejercida a través de múltiples formas de subjetivación. Según A. Fernández, con la noción de producción de subjetividad se hace referencia a aquella que no es solamente sinónimo de psiquismo.

No es meramente mental o discursiva sino que engloba las acciones y las prácticas, los cuerpos y sus intensidades; que se produce en el *entre* con otros y que es, por tanto, un nudo de múltiples inscripciones deseantes, históricas, políticas, económicas, simbólicas, psíquicas, sexuales, etc. (Fernández, A. y cols., 2006, p. 9) (la cursiva es de la autora).

La demarcación de *producción* remite al desarrollo de lo subjetivo en proceso, en un devenir que apunta a señalar que está sometido a una constante transformación y no como algo acabado y ya establecido.

Se entiende entonces que existen formas y modalidades de relación que establece el individuo consigo mismo, a partir de las cuales se constituye y se reconoce como sujeto. Este tipo de procedimientos es lo que puede denominarse tecnologías del yo (Foucault, 2008b), o prácticas del sí mismo (Foucault, 2008e). Dichas formas y modalidades se corresponden con “modelos propuestos por la instauración y el desenvolvimiento de las relaciones consigo mismo, por la reflexión sobre sí mismo, el desciframiento de sí por sí mismo, las transformaciones que uno trata de operar sobre uno mismo” (Foucault, 2010b; p. 35). Esta manera de concebir la subjetividad implica

no pensarla como algo inherente a la individualidad -entendida en términos de esencia o de sustancia que presenta una naturaleza y una forma de ser que le son propias-, sino en términos de producción, de sujeción, vinculada necesariamente a tecnologías de transformación (Contino, 2013a, p. 29).

A su vez, al hablar de las transformaciones que cada uno opera sobre sí mismo, se descarta la perspectiva que sostiene la existencia de una naturaleza humana, en tanto forma de existencia previa a toda experiencia, y trascendente a toda historicidad. “El hombre, entendido como sujeto, no puede entenderse como un elemento originario ni tampoco como una evidencia intemporal” (Cappelletti, 2007, p. 85). Pero, aunque no sea intemporal, de todos modos, ello no implica que su constitución sea arbitraria. El suelo socio histórico político condiciona el modo en que se dan las técnicas del yo, por lo que las formas de subjetividad, si bien son variables, sólo pueden producirse dentro de un horizonte de lo posible (Chomsky & Foucault, 2010). Las posibilidades que se tienen de pensar están determinadas por un pensamiento previo: “es el pensamiento propio de una época y de una lengua” (Cappelletti, 2007, p. 83).

Estas técnicas del yo forman parte de los procesos de subjetivación. Con ello se hace referencia a operaciones que son fundamentalmente descentrados respecto de la individuación, ya que como sostiene Guattari, “sería conveniente disociar radicalmente los conceptos de individuo y de subjetividad” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 46).

Es decir que estas tecnologías que se ejercen sobre el sí mismo se producen siempre en relación al régimen de verdad de una época, a las relaciones de poder que junto a él se establecen, a las formas de saber y conocimiento que allí pueden emerger, a las prácticas discursivas que permiten existir y legitimarse, etc.

(...) En el interior mismo de una determinada forma de conocimiento, el sujeto mismo se constituye en sujeto loco o sano, delincuente o no delincuente, a través de un determinado

número de prácticas que son juegos de verdad, prácticas de poder, etc. Es necesario rechazar una determinada teoría a priori del sujeto para poder realizar este análisis de las relaciones que pueden existir entre la constitución del sujeto, o de las diferentes formas de sujeto, y los juegos de verdad, las prácticas de poder, etc. (Foucault, 2007, p. 108).

Por lo tanto, las prácticas del sí mismo no son independientes del suelo histórico político que los individuos habitan, y siempre forman parte de procesos de subjetivación. Pero deviene necesario diferenciar también las denominadas técnicas de sujeción. “El individuo no surge nunca sino en la encrucijada de una técnica de dominación y una técnica de sí” (Foucault, 2008e, p. 497).

Hay esquemas que son propuestos, sugeridos o impuestos por la cultura, la sociedad, cada grupo social, etc. Y se puede pensar que “en esa relación de sí consigo, pudo formarse cierto tipo de experiencia de sí que es (...) característica de la experiencia occidental (Foucault, 2008e, p. 226). En este caso, en el de las sociedades modernas occidentales cuya racionalidad económica es el capitalismo, se trataría de “un dispositivo de subjetividad, gobernado por la cuestión del conocimiento del sujeto por sí mismo y su obediencia a la ley (Foucault, 2008e, p. 305). Un conocimiento de sí mismo inherente a las ciencias humanas – cuyo objeto de conocimiento es el hombre mismo- que al presentar significativas diferencias con el cuidado de sí la antigua cultura griega (Foucault, 1997), posibilita la creación del individuo como figura esencial de la sociedad moderna, occidental y capitalista.

Este modo de concebir la subjetividad, conduce a que, a lo largo de la tesis, se conserve la utilización de ambas categorías –sujeto e individuo-, pero de un modo diferenciado. De esta manera, la categoría *individuo* adquiere pertinencia cuando se hace referencia a un integrante de la sociedad, en tanto objetivable, observable, cuantificable, identificable, clasificable, jerarquizable, descalificable, comparable, excluible, por el régimen de verdad, las redes de poder y la voluntad de saber propia de cada época. “La hermosa totalidad del individuo no está amputada, reprimida, alterada por nuestro orden social, sino que el individuo se halla en él cuidadosamente fabricado, de acuerdo con toda una táctica de las fuerzas y de los cuerpos” (Foucault, 2004, p. 220).

Por otro lado, la categoría *sujeto* aparece cuando se pretende hacer hincapié en el hecho de que es posible un trabajo de transformación sobre sí mismo, aun cuando éste se encuentra inmerso en un complejo atravesamiento inherente al orden del discurso y a las relaciones de poder propias de un entramado social, político e histórico dado. Es decir, cuando la producción de subjetividad de un individuo, un grupo, un colectivo social o sector poblacional se encuentra sujeta a condiciones socio histórico políticas, pero a pesar de ello no se abandonan los modos singulares en que los que se puede posicionar en dicho entramado. Por último, sólo se utiliza la categoría *persona* cuando remita a una nominación convencional, preestablecida por las políticas públicas o las legislaciones tratadas.

Ahora bien, la pretensión de que cada individuo se atenga a los parámetros de normalidad y normatividad de la sociedad, obliga a pensar en los medios a través de los cuales se espera dirigir la conducta del otro, esto es, mediante las relaciones de poder. Foucault (1983) define las relaciones de poder como acciones que producen efectos en las acciones del otro. Es decir, el modo de posicionarse y de transitar lo social concierne a las relaciones de poder, si se entienden por ellas a todo tipo de relaciones humanas (comunicaciones verbales, relaciones amorosas, institucionales, económicas, etc.).

En este sentido, el poder opera a nivel microfísico, como un flujo que penetra en los cuerpos y los transforma, más que como una sustancia cuya tenencia garantiza la obediencia. Esto significa que el poder, lejos de implicar dominación, violencia, coerción, prohibición, restricción; seduce, favoreciendo la producción, el deseo, la docilidad, la utilidad, etc. El poder produce individuos a través de estas transformaciones que opera en ellos. Pero sólo es capaz de funcionar porque otorgan siempre un margen de libertad de acción. No podría haber poder sin un cierto grado de libertad y, por lo tanto, sin posibilidad de resistencia. En consecuencia, si las relaciones de poder atraviesan todo el campo social, ello también implica que existen posibilidades de libertad por todas partes (Foucault, 2007). Y este aspecto del trabajo remite a la cuestión de la autonomía.

En relación a la cuestión de la autonomía, se presentan *a priori* por lo menos dos modos de pensarla. El primero es en oposición a la supuesta incapacidad que se ha supuesto durante bastante tiempo en torno a los individuos incluidos en un territorio diferente al de la normalidad. Es el que puede leerse en las políticas públicas y en las teorías que sustenta diferentes prácticas profesionales: autonomía como sinónimo de capacidad, de independencia, de autovalimiento, de posibilidad de valerse por sí mismo. Remite a un funcionamiento acorde a las reglas de la normalidad propias de la sociedad actual, de un modo similar al del resto de los sujetos –de características convencionales-, que se desenvuelven sin mayores problemas, sin grandes vicisitudes.

El otro sentido, el segundo modo de concebir la cuestión de la autonomía es como posición opuesta a la de la heteronomía. Se trata de una concepción presentada por Castoriadis, que la plantea como una práctica política que habilita a un sujeto o a un colectivo social a darse sus propias formas de existencia. No se trata tanto entonces del autovalimiento o la supuesta independencia concordante con lograr hacer por sí mismo las actividades propias de la vida cotidiana, sino de interrogar la forma de existencia que hoy define los modos de habitar lo social de todo este sector de la población (Ferreira & REDI, 2012).

Por lo tanto, el problema de la autonomía se muestra ineludiblemente ligada a la cuestión de la subjetividad. Y un modo posible de articularlas a ambas, es mediante el juego de oposiciones posibilitado por las categorías heteronomía y autonomía (Castoriadis, 1983). Existiría causa heterónoma en toda modalidad de funcionamiento de lo social en la que su racionalidad no haya sido dada por ella misma, sino por una instancia o figura ajena, la cual se encontraría habilitada y legitimada para otorgar tal normativa. Por el contrario, la autonomía viene dada por la asunción del riesgo inherente a todo proyecto o movimiento social mediante el cual un colectivo se da su propia racionalidad política de funcionamiento.

Esto abre a un interrogante crucial para comprender por qué sucede lo que sucede en el territorio de la discapacidad mental: ¿de qué manera se construyen las reglas de funcionamiento de todo espacio destinado a abordar, alojar o tratar a los individuos atravesados por esta problemática? ¿Qué instancia o qué colectivo es el que construye la racionalidad del funcionamiento de dicho territorio? La investigación indaga entonces si las políticas públicas y los abordajes terapéuticos posibilitan hoy la emergencia de sujetos, instancias o movimientos que se ubiquen de una manera autónoma y autogestionada. En otras palabras, interesa conocer si hay condiciones de posibilidad para transformar las propias circunstancias de existencia, especialmente aquellas que conciernen a los aspectos del entorno social vivenciados como discapacitantes.

Por último, en cuanto al plan de trabajo propuesto, cabe especificar que el proceso de investigación se atiene a cuatro exigencias de método planteadas en relación al trabajo arqueológico de análisis de la materialidad discursiva (Foucault, 1996a). De este modo, deviene necesario leer las condiciones de posibilidad de la creación de la discapacidad mental en función de cuatro principios.

El primero de ellos implica no suponer que el actual territorio de la discapacidad mental se corresponde punto a punto con las características del estado de situación que llevó al surgimiento como clasificación de la debilidad de espíritu en el siglo XVII, de la idiocia y la imbecilidad en el siglo XIX, o de la debilidad mental a principios del siglo XX. El *principio de trastocamiento* invita a pensar que la aparente continuidad de estas figuras, legitimadas supuestamente en la objetividad cada vez más fiable de las disciplinas que de ellas se encargan –producto de la creciente exigencia de cientificidad acaecida en los últimos siglos- puede llegar a verse atravesada por juegos negativos de cortes y enrarecimientos de los discursos.

A su vez, el *principio de discontinuidad* promueve concebir la creación de ciertos objetos, conceptos, teorías, etc. bajo una perspectiva que presuponga una realidad continua y silenciosa, a la que habría que restituir la visibilidad. Si “los discursos deben ser tratados como prácticas discontinuas que se cruzan, a veces se yuxtaponen, pero que también se ignoran o se excluyen” (Foucault, 1996a, p. 53), cabe interrogar la relación que puede establecerse entre las figuras del retraso mental y de la discapacidad mental, ambas

actualmente vigentes. ¿Se corresponden las dos con un objeto natural al que hacen referencia? ¿Pertenecen al mismo discurso? ¿Si se trata de objetos de discursos diferentes, existe una discontinuidad entre ellas? ¿Qué legitima entonces la complementariedad de su actual coexistencia?

Esto lleva a explicitar el tercero de estos principios metodológicos, el *principio de especificidad*, a partir del cual se presupone que no existen para los discursos significaciones previas, un mundo que habría que descifrar; o una providencia prediscursiva. Si las prácticas discursivas son una imposición violenta ejercida sobre cierto plano de la realidad, al imponerlas se producen determinados acontecimientos del discurso que pueden evidenciar alguna clase de regularidad. Algunos de estos acontecimientos en el orden del discurso se corresponden con la creación de objetos acerca de los cuales ellos pueden hablar. Ejemplo de ello sería el retraso mental para el discurso psiquiátrico o la discapacidad para el discurso jurídico. Sin embargo, no hay que suponer necesariamente una realidad ontológica que las preexista y que justifique su nominación.

Por último, el proceso de investigación se atiene también a la cuarta regla concerniente al trabajo de análisis de los discursos, el *principio de exterioridad*. Este principio exige no ir del discurso hacia su interior, “hacia el corazón de un pensamiento o de una significación que se manifestarían en él” (Foucault, 1996a, p. 53). Por el contrario, invita a dirigirse hacia sus condiciones externas de posibilidad, hacia aquello que promueve la aparición de series, acontecimientos, regularidades, trastocamientos, discontinuidades, etc., fijando en este movimiento determinados límites para el discurso, sus reglas, sus objetos, sus teorías y sus conceptos.

Este principio implica que, para estudiar la discapacidad mental, no sólo hay que situarse en su interior mismo, en su manifestación inmediata, en su materialidad específica. Deviene necesario también recorrer las condiciones de posibilidad que permitieron su surgimiento en un momento histórico específico, y en un suelo político social determinado.

Esto abre a una nueva pregunta que se propone recorrer en los capítulos 3 y 4: ¿los procesos institucionales que se presentan en la historia de la discapacidad mental, han condicionado también el modo de concebir otras problemáticas, otros campos de abordaje, otros objetos de los mismos discursos? Para intentar responder esta pregunta, el estudio de la discapacidad mental debería verse articulado y comparado con un necesariamente acotado recorrido en torno a otras figuras que devienen problemáticas para el Estado argentino en general y para la ciudad de Rosario en particular. Otras figuras que también presenten los rasgos de vulnerabilidad y de asistencia que muestra la discapacidad mental.

Dichas figuras podrían ser tomadas de una observación de la OMS (2010a) presente en el Informe sobre Salud Mental y Desarrollo, en el cual se habla de los sujetos en situación de discapacidad como uno de los grupos de mayor vulnerabilidad en lo social. Sin embargo, aclara, no es el único. “Los trastornos mentales prioritarios son la depresión, las psicosis, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas, y los trastornos mentales de los niños” (OMS, 2010a, p. XXIV), sostiene dicho informe, poniendo en igualdad de dificultades la discapacidad, el padecimiento mental, las adicciones y la niñez en situación de vulnerabilidad.

El punto en común, la vulnerabilidad, está dado en el hecho de que son objeto de estigma y discriminación; de violencia y abuso; son objeto de restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos; no se les permite participar plenamente en la sociedad; no tienen acceso a servicios de salud ni a servicios sociales; no tienen oportunidades educativas y tienen resultados educativos más deficientes; y se les niegan las oportunidades de empleo y otras oportunidades de generación de ingresos.

Es por ello que el recorrido del tercer capítulo propone historizar el modo de surgimiento de al menos dos de esas figuras, las transformaciones y modificaciones producidas, las políticas públicas que las abordan y las estrategias terapéuticas –en los casos en que se evidencia necesario- que se ocupan de su tratamiento. Se adhiere así al principio metodológico de exterioridad, descentrando el análisis del interior de la discapacidad, ya que “donde menos se ve, es justamente debajo del faro que encandila” (Emmanuele, 2012, p. 74).

El hecho de que esta historización sólo contemple a dos de las cuatro problemáticas mencionadas, remite a la imposibilidad de estudiar en una sola investigación la totalidad de problemáticas tan disímiles y complejas como éstas. Las otras problemáticas podrán ser objeto de estudio de otras investigaciones que continúen esta misma línea.

Pero el principio de exterioridad que el método arqueológico exige, no debe hacer perder de vista la especificidad del territorio de interés para este recorrido. El objetivo principal de la investigación que sustenta la presente tesis exige indagar el modo en que se articulan entre sí los juegos de verdad, las relaciones de poder y el dispositivo discursivo en el territorio de la discapacidad mental. Para ello, interesan las prácticas y procedimientos terapéuticos, las estrategias legislativas y las políticas públicas actuales en relación a esta problemática, considerando a su vez la manera en que se vinculan con la cuestión de la discapacidad en general.

Se parte de dos presunciones de base: la primera es que aquello que actualmente puede concebirse como el territorio de la discapacidad mental, no siempre estuvo constituido del mismo modo. Surge en un momento histórico determinado a partir de que se presentan ciertas condiciones de posibilidad. Y, en segundo lugar, el sostén –o *centro intenso*, al decir de Deleuze y Guattari (2002)- del territorio de la discapacidad mental se sustenta principalmente en un rasgo o una marca, que lo sostiene y lo legitima: la naturalización del objeto psiquiátrico del retraso mental –en tanto materialización de una deficiencia mental-. El retraso mental, apareciendo como una característica de naturaleza biológica que representa una desviación respecto de los parámetros intelectuales esperables, se mantiene siempre circunscripto al cuerpo del individuo.

El territorio no es anterior con relación a la marca cualitativa, es la marca la que crea el territorio. En un territorio, las funciones no son anteriores, suponen en primer lugar una expresividad que crea territorio. En ese sentido, el territorio, y las funciones que en él se ejercen, son productos de la territorialización (Deleuze & Guattari, 2002, p. 322).

Ello remite a dos rasgos presentes en todo territorio. Por un lado, que siempre cuenta con puntos que conecta en su interior, que funcionan más bien como rasgos o aspectos fijos o estáticos. Y por otro, que las funciones y los elementos de cualquier territorio, no podrían operar sin afectar de alguna u otra forma la subjetividad del sector de la población implicada.

Pero a su vez, un territorio cuenta también con otros puntos que funcionan de manera relativamente libres o liberados, es decir, que funcionan como puntos de creatividad, de mutación, de resistencia (Deleuze, 2005a). Y siempre es posible que se den procesos de subjetivación que habiliten a los sujetos que se encuentran atravesados por él a imaginar y ensayar otros modos de habitar lo social.

Hacia ello se dirige la indagación y la comprensión respecto del funcionamiento del territorio de la discapacidad mental, y la visibilización de líneas de fuga presentes o posibles que favorezcan aunque sea mínimas transformaciones políticas.

1.4. Objetivos de la tesis, e hipótesis de base

El despliegue del trabajo de investigación que conduce a la presente Tesis, se ha visto afectado por una serie de virajes que han obligado a reformular significativamente el plan de trabajo planteado desde un principio, en función de los avances que el mismo proceso ha ido exigiendo. Como afirma Sabino, “el trabajo de investigación cobra un carácter inevitable de labor artesanal (...), porque la experiencia muestra, con toda claridad, que sólo investigando se aprende a investigar” (Sabino, 1992, p. 3). Junto a ello, los objetivos pensados en un primer momento también se vieron afectados.

En el proyecto de tesis se plantean los objetivos iniciales de la investigación; un objetivo principal y tres objetivos específicos. El objetivo principal se formula del siguiente modo:

- Describir posibles efectos subjetivos, posibilidades de autonomía, y condiciones de integración social en personas concurrentes y/o alojadas en instituciones de discapacidad intelectual de la ciudad de Rosario, comprendidas dentro del marco de la legislación vigente.

Por su parte, los objetivos específicos, particulares u operacionales se presentan en el mismo proyecto de la siguiente manera:

- Identificar la procedencia y los alcances de la legislación vigente en relación a la discapacidad intelectual, facilitando la comprensión de su contexto de surgimiento.
- Determinar el Modelo al que corresponden las lógicas de funcionamiento de los distintos dispositivos elaborados para el abordaje de la discapacidad, infiriendo posibles efectos en la subjetividad de las personas en situación de discapacidad incluidas en ellos.
- Articular los desarrollos teóricos del Modelo Social y del Psicoanálisis, tomando como eje principal para ello, las concepciones que ambas tienen de la categoría "sujeto".

Sin embargo, tal como sostiene Sabino, la investigación antes que una serie de pasos a cumplir, posee más bien un carácter dinámico y procesal; es decir, "no es lineal" (Sabino; 1992, p. 27). En este caso, el trabajo realizado recursivamente en el mismo proceso de investigación, exige la reformulación de los objetivos y del plan de trabajo planteados en un principio. E incluso, también ha mostrado lo inadecuado del título mismo de la tesis (aspecto que se desarrolla en el punto 1.5).

En relación al objetivo principal, la categoría institución se presenta de una manera poco clara, pudiendo interpretarse como sinónimo de establecimiento. Esto implica también una determinada manera de concebir la categoría de la institucionalización, entendida como la estrategia de incluir a un individuo en un establecimiento. Ambas cuestiones, en el final del recorrido del trabajo propuesto, no pueden sostenerse de ese modo, ya que como sostiene Foucault, con la perspectiva institucionalista –por ejemplo, aplicada en los establecimientos asilares en relación al funcionamiento del poder psiquiátrico- "se recorta de una manera extraordinariamente estrecha el problema histórico de la psiquiatría" (Foucault, 2008c, p. 165).

Asimismo, los objetivos específicos requieren algunas ampliaciones y/o cuestionamiento. Por un lado, se evidencia que las dimensiones incluidas en ellos –las legislaciones y políticas públicas, los establecimientos de abordaje, los modelos existentes para pensar la discapacidad, y la práctica discursiva del Psicoanálisis-, se muestran casi exclusivamente vinculados a la problemática misma de la discapacidad intelectual. A lo largo de la tesis se muestra que todas esas dimensiones se corresponden con atravesamientos institucionales, discursivos y de poder, que lejos de generarse a partir de la necesidad de abordar un fenómeno preexistente a ellas, obedecen a la gubernamentalidad de la época y muestran virajes a lo largo del tiempo. Por lo tanto, las estrategias teóricas, las políticas públicas, los abordajes terapéuticos, etc. se construyen respondiendo a ciertas necesidades y urgencias sociales, contribuyendo a delinear la especificidad del modo de producción del objeto discursivo de la discapacidad mental.

Por otro lado, el modo en que se formulan los objetivos específicos presupone que las singularidades propias de cada modelo de discapacidad y las diferencias susceptibles de ser establecidas entre ellos, estarían dadas por el lineamiento político-terapéutico que conduce a cada uno. Puede inferirse entonces que la explicación a efectos diferentes o bien las condiciones de posibilidad de cualquier transformación posible, radicaría en dicha diferencia (visibilizada supuestamente a través de la indagación propia de la investigación). Sin embargo, en esta parte de los objetivos, interesa expresar el interés por indagar académicamente la racionalidad de cada modelo en funcionamiento, en tanto los procesos de subjetivación favorecidos no podrían ser los mismos en cada uno de ellos.

En función de ello, pierde interés también indagar en las concepciones de sujeto pertenecientes a las perspectivas del Modelo Social y del Psicoanálisis, ya que la subjetividad obedece a técnicas de sujeción y procesos de subjetivación mucho más

complejos que los promovidos meramente por un modelo académico o una estrategia clínica. En lugar de ello, se pretende indagar modos posibles para lograr las tan anheladas autonomía e integración social –categorías presentes en la legislación argentina desde el año 1981-, analizando los procesos de subjetivación visibilizados en el vasto, difuso y complejo territorio de la discapacidad mental.

De todos modos, una hipótesis de base subyace a los cuatro objetivos planteados: la inclusión de individuos categorizados bajo el rótulo de discapacidad intelectual en establecimientos que funcionen bajo la modalidad del hospital de día, no podría favorecer procesos de autonomía e integración social. Por el contrario, sería más esperable que suceda lo opuesto a ello. Y esta hipótesis se sostiene a pesar de las insuficiencias de los objetivos originalmente planteados.

El recorrido del proceso de investigación que conduce a la presente tesis, realizado a partir del sostenimiento de la mencionada hipótesis, lleva entonces a una suerte de reformulación de los objetivos planteados, proponiendo por lo tanto un nuevo triple objetivo.

En primer lugar, indagar las condiciones de posibilidad para el surgimiento de una clasificación diagnóstica como el retraso mental y de un estatuto médico-jurídico como el de la discapacidad mental.

En segundo lugar, trazar una historización de las modalidades de abordaje político y terapéutico de la discapacidad mental hasta el presente, comparándola en primera instancia con el estudio del recorrido en torno a la de la niñez vulnerada, buscando describir las relaciones de poder que actualmente ellas constituyen, y los discursos, prácticas e instituciones en que se ven legitimadas para su abordaje.

Por último, se pretende describir los procesos de subjetivación que todo ello supone: esto es, la objetivación de sujetos (normal/anormal; enfermo/sano; discapacitado/convencional, etc.) que se producen a través de las diversas tecnologías de sujeción, y las tecnologías de subjetivación que se pueden encontrar en los actores directamente implicados en la problemática de la discapacidad.

Queda por indagar –para una eventual continuidad de la línea de investigación en la que se inscribe esta tesis- las relaciones que pueden establecerse entre la discapacidad mental, y la niñez vulnerada, con el padecimiento mental y las adicciones.

El triple objetivo mencionado, reformulado en función del recorrido mismo de la investigación, supone renunciar a abordar la discapacidad como un problema individual, de naturaleza patológica y trágica. A diferencia de ello, exige concebirla como una construcción social que obedece a la racionalidad político-económica de una época, por lo que deviene necesario realizar una lectura de lo que podríamos denominar la dimensión institucional de la discapacidad mental.

1.5. Los territorios de la discapacidad: de la institucionalización de la discapacidad intelectual a la dimensión institucional de la discapacidad mental

La expresión presente en el título de la tesis que concierne a la institucionalización de la discapacidad intelectual requiere también de un cuestionamiento en función del desarrollo del trabajo de investigación. En particular, este cuestionamiento se orienta a las categorías institucionalización y discapacidad intelectual.

Cabe aclarar que en el plan de estudios de la carrera de Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional de Rosario -en el marco del cual fue presentada la presente tesis doctoral-, el título es elegido en un momento inicial de la investigación, concordante con la presentación del denominado anteproyecto de tesis, sin contar con la posibilidad de modificarse posteriormente.

Respecto de la primera de estas categorías conceptuales, corresponde situar en primer lugar, que se adecua a la recomendación de Lourau, analista institucional que exige diferenciar entre institución y establecimiento. Este autor denuncia el abuso político de lenguaje que supone aplicar la palabra institución a un establecimiento, en tanto se estaría

denegando de esta manera la dimensión social y estatal que toda institución porta (Lourau, 1998). De acuerdo a esta perspectiva, todo proceso de institucionalización se encuentra comandado por determinadas políticas públicas producto de toda una serie de legislaciones, por lo que se vincula con las necesidades y los intereses del Estado.

Lo que quiere imponer el Estado no son solamente las formas que se identifican dentro de su obediencia común a su legitimidad única, sino también una fuerza que duplique todas las formas, de la más 'públicas' a las más 'privadas', en el sentido deseado por él: es decir, la institucionalización (Lourau, 2008, p. 36) (las comillas son del autor).

Por su parte, Foucault (1983) incluye las formas de institucionalización como uno de los cinco puntos que necesariamente deben tenerse en consideración ante todo análisis de las relaciones de poder.

Las otras cuatro están constituidas por el sistema de las diferenciaciones que habilitan a actuar sobre las acciones de los otros; los objetivos que impulsan a actuar sobre las acciones de los demás; los medios que hacen existir a las relaciones de poder; y, por último, los grados de racionalización que se ponen en juego en las relaciones de poder, en tanto procesos más o menos elaborados y siempre ajustados a cada situación.

Las formas de institucionalización remiten según este filósofo francés a una especie de combinación de predisposiciones tradicionales, estructuras legales, costumbres, modas, que constituyen aparatos cerrados, con localizaciones específicas, estructuras jerárquicas muy bien definidas, y un funcionamiento relativamente autónomo. Mediante la institucionalización se logra ubicar todo un conjunto de elementos bajo un principio de regulación, lo cual requiere una cierta vigilancia, en pos de la distribución de las relaciones de poder en un entramado social dado.

Por otro lado, A. Fernández plantea la institucionalización como dispositivos en acción que no fuerzan a pensar; realidades a indagar que no ofrecen dificultad a las teorizaciones previas. Agrega que una de las formas más frecuentes en que puede encontrarse la institucionalización, es en "la dogmatización de las teorías, que produce efectos de verdad y la consecuente ritualización de las prácticas" (Fernández, A., 2008, p. 260).

En este sentido, la cuestión de la institucionalización puede llegar a leerse en el título de la tesis como la inserción de un conjunto de individuos en un territorio comandado por una lógica que se caracteriza por la creación de circuitos específicos para un determinado sector de la población, ante los cuales el resto de la población tiene el acceso vedado. Sin embargo, esto incluye lineamientos políticos, medidas administrativas, requisitos burocráticos, estrategias terapéuticas, prestaciones profesionales, inserciones institucionales, establecimientos particulares, etc. Es decir, mecanismos pertenecientes a una racionalidad que excede la naturaleza de la legislación, el organismo, el establecimiento, el funcionario o el profesional singular que la lleve adelante.

Es decir, con la cuestión de la institucionalización no se hace referencia a la internación de un individuo en un establecimiento particular, sino a la sujeción de todo un conjunto de individuos a una lógica o a una racionalidad vigente de manera hegemónica en el régimen de Verdad de esta época. Esta racionalidad habilita a la conformación de distintas modalidades de abordaje respecto de las problemáticas que cobran relevancia en un momento histórico determinado, pero de todos modos siempre impone algunos rasgos que hacen a su especificidad.

Por ejemplo, en el momento histórico puntual del último siglo y medio, se ve emparenta la institucionalización con la normalización: "el principio de normalización plantea el estilo de vida de la institucionalización y la segregación de las personas" (Aznar & González Castañón, 2008, p. 63).

Ahora bien, si tal como plantea A. Fernández, la institucionalización concierne también a las teorías y las prácticas, ello implica que no afecta solamente a los sujetos categorizados bajo la nominación de discapacidad mental. También se ven afectados todos aquellos que deban transitar dicho territorio: profesionales, investigadores, legisladores, funcionarios políticos, etc. En otras palabras, cuando se está institucionalizado, es el denominado Modelo

Médico-Individual el que comanda los modos de pensar y hacer, es el discurso médico el que promueve sus reglas de producción de enunciados para avanzar en el tratamiento y la prevención de los casos en que alguna problemática se manifiesta.

Desde la perspectiva descripta, no hay condiciones para interrogar el estatuto de la discapacidad mental ni aparece ello como necesario. Sólo deviene prioritario advertir quién la porta y quién no. Y el modo de definir si alguien puede ser diagnosticado con discapacidad mental, es a través de diversas modalidades de examen destinadas a entrevistar, observar, detectar signos, reconocer síndromes, medir percentiles de inteligencia, aplicar test psicométricos y proyectivos pertinentes, etc. “El examen es una mirada normalizadora que permite calificar, clasificar y castigar”, sostiene Foucault (2004, p. 189). Se define entonces no sólo quién puede ser categorizado bajo la nominación de discapacidad mental, sino también qué grado de discapacidad padece, qué porcentaje de la población se encuentra en la misma situación, etc.

Por supuesto esto sólo es posible en una sociedad de normalización en donde el individuo es analizable, descriptible, agrupable y clasificable.

La constitución del individuo como objeto descriptible, analizable; (...) y la constitución de un sistema comparativo permite la medida de fenómenos globales, la descripción de grupos, la caracterización de hechos colectivos, la estimación de las desviaciones de los individuos unos respecto de otros, y su distribución en una ‘población’ (Foucault, 2004, p. 195).

Ahora bien, a diferencia de todo ello, la pretensión de la investigación que sustenta la presente tesis es trazar una forma específica de historización en relación a la problemática de la discapacidad mental. Y ello conlleva inevitablemente politizar un territorio que suele ser presentado como ahistórico, apolítico, biológico, contingente y natural.

Exige a su vez considerar que, si se le ha comenzado a prestar atención en estas últimas décadas, no es gracias a que así lo permite el progreso de ciertas prácticas discursivas y determinados campos de saber. Al contrario, se debe a que los problemas del retraso mental y de la discapacidad mental se han visto atravesados por un entramado discursivo y de poder que exige tomarlos de otro modo.

Al historizarse y politizarse el territorio de la discapacidad mental, se abre la posibilidad de interrogar el modo naturalizado en que se lo vivencia, para inscribirlo en las azarosas y condicionadas luchas de poder que sirven de terreno fértil para la emergencia de objetos, concepciones, prácticas, teorías, etc.

No se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o con adquirir conciencia, para que se iluminen al punto nuevos objetos. No hay algún obstáculo cuyo poder sería exclusivamente el de cegar; el objeto no aguarda en los limbos el orden que va a liberarlo y a permitirle encarnarse en una visible y gárrula objetividad; no se preexiste a sí mismo. Existe en las condiciones positivas de un haz complejo de relaciones. (Foucault, 2005, p. 73).

Por lo tanto, el despliegue del recorrido de la investigación muestra que no hay una historia en la que se trasluce de trasfondo la discapacidad mental o el retraso mental como un problema de orden ontológico, de carácter natural, biológico y patológico. El retraso mental no puede ser pensado como un objeto natural, que implicaría un problema sobre el cual ciertos campos de saber deben dar respuesta, sino que se invita a entenderla en términos de *problemática* (Emmanuele, 1998b). Una problemática es un anudamiento en una trama, y alude a lo complejo, a lo incierto, a lo que de ninguna manera nace y finaliza dentro de los límites de un individuo. Se trata de partir de la presunción de que más allá de que una problemática humana termine manifestándose en un plano individual, siempre emerge ligada a un entramado institucional, que complejiza no sólo sus posibilidades de aparición, sino también sus estrategias de abordaje. En este sentido, respecto de una problemática siempre es posible trazar una dimensión institucional.

La cuestión de la dimensión institucional remite a la producción de los autores institucionalistas. Desde esta perspectiva, la forma de dirigir la mirada a ciertos fenómenos

que acontecen en el campo social no puede quedar circunscripta al plano individual (o grupal) de su manifestación, o a las características particulares de un establecimiento u organismo. En este sentido, la dimensión institucional remite a aquello que “sólo puede manifestarse dentro de un campo de fuerzas (...) que un sujeto hablante jamás puede crear por sí sólo y a partir de su palabra” (Foucault, 2009, p. 17). Hablar por lo tanto de la dimensión institucional de la discapacidad mental exige asumir que estos fenómenos no son una isla, sino que, por el contrario, están necesariamente inscripto en un entramado social, en medio de instituciones y que operan allí múltiples atravesamientos (Fernández & Del Cueto, 1985).

Esta categoría se ha visto luego muy utilizada en perspectivas pertenecientes a las Ciencias de la Educación, favoreciendo algunos aportes al estudio de la situación escolar en establecimientos particulares. Remite en estos análisis al modo en que el orden social existente traduce en el interior de las organizaciones escolares un sistema de reglas pertenecientes al conjunto social (Beltrán Llavador & San Martín Alonso, 2000), retomando la idea de la imposibilidad de pensar individuos, grupos u organizaciones como agentes aislados del orden social en el que se encuentran inscriptos.

Se postula entonces la apertura de un análisis en torno a la dimensión institucional de la discapacidad mental que supone renunciar principalmente a dos aspectos muy comunes de concebir esta problemática. En primer lugar, a entenderla como un rasgo biológico susceptible de presentarse –o no- en un individuo; lectura que habilita a la individualización y medicalización de la problemática.

A partir de que un movimiento instituye a la discapacidad como una tragedia personal, patológica y aleatoria, ya no se podrá escapar de los mecanismos propios de la medicalización. Pero un acontecimiento no podría nunca producirse, nacer, emerger, desplegarse y finalizar dentro de los límites físicos de algún cuerpo en particular (Contino, 2013a, p. 29).

El segundo aspecto perteneciente a este modo de pensar la discapacidad al que se propone renunciar, es el que remite a plantearla como un fenómeno que se manifiesta de manera natural y aleatoria, independientemente de la situación histórica, política, económica y cultural de una sociedad. Es decir, como si pudiera pensarse en un contexto por un lado, y en una realidad natural que emerge azarosamente, por otro (Emmanuele, 2012).

Suponer que la discapacidad mental cuenta con una dimensión institucional habilita a concebirla como una producción inherente al régimen de verdad de una época, emergente de un atravesamiento discursivo y de poder del cual no podría estar exenta. Se trata entonces de un objeto discursivo que ha extendido su campo de incidencia a límites insospechados respecto de lo que se espera de un mero diagnóstico clínico. Ha posibilitado la conformación de todo un sistema de legislaciones, políticas públicas, estrategias terapéuticas, marcos teóricos, líneas de investigación, prácticas profesionales, etc. Supo darse a sí misma sus propias reglas de funcionamiento y construir toda una serie de espacios que funcionan de maneras diferentes a los del resto de la sociedad.

Se propone entonces indagar esta dimensión institucional en las materializaciones observables y registrables, “previa desnaturalización de los acontecimientos microsociales y cotidianos siempre opacados por lo obvio” (Emmanuele, 2002, p. 114), acaecidas en el territorio de la discapacidad mental.

Comprender los referentes empíricos en su significación; explicar los fenómenos que se presentan y sus por qué; exige situarlos en el seno de su propia perspectiva histórica en cuya trama adquieren sentido (...), de los múltiples atravesamientos histórico-sociales que –lejos de conformar una simple cronología- señalan la presencia ineludible de fuerzas sociales que imprimen huellas, secuelas, contradicciones (Emmanuele, 1996, p. 3).

Se trata por lo tanto de indagar lo que podría denominarse la institucionalización de la discapacidad mental, pero en el sentido de la territorialización de un territorio específico en la sociedad actual. Para ello, se investiga el modo en que se fueron conformando las

políticas públicas, las legislaciones, las prácticas terapéuticas, los establecimientos existentes, etc., desplegando un análisis en torno a la dimensión institucional de este fenómeno que tiende a ser homologado a una manifestación patológica individual y aleatoria.

De esta manera, contemplando las tecnologías de poder –tanto anátomo como biopolíticas- el atravesamiento discursivo e institucional, y el recorrido arqueológico-genealógico que puede realizarse en relación a esta problemática, se propone interrogar el estatuto mismo de la discapacidad mental, desnaturalizando la forma en que habitualmente es concebida.

Capítulo 2. Historización de la discapacidad mental

2.1. El nacimiento del anormal y la construcción política de la normalidad

Diversos autores que han investigado cuestiones vinculadas o derivadas de la anormalidad, coinciden en señalar que el trato social al individuo considerado diferente, fue variando en distintas épocas y contextos geográficos (Aznar & González Castañón, 2008; Belgich, 2004; Cordié, 1994; De la Vega, 2010; Foucault, 1996b y 2008a; Nuñez, 2007; Pantano, 1993; Silverkasten, 2006; Skliar, 2002; Stern, 2008; Vanoni, 2006).

Una de las primeras instancias que entra en vigencia en relación a estos asuntos en Francia es el Hospital General -o el Hospicio-, creado por Decreto Real hacia 1656 pero extendido a diversos lugares durante los siglos XVII y XVIII. Consiste en una estructura en red de establecimientos de orden administrativo, semi-jurídico, para personas antisociales. Es decir, que nacen bajo la necesidad social de alojar en un espacio aislado del resto de la sociedad a ciertos grupos de individuos que, por diversas razones, presentaban algún grado de resistencia para circular y participar de un modo acorde a lo esperable por la racionalidad político-económica de los incipientes Estados modernos. En su interior se llevan a cabo toda una serie de variadas actividades: internación, juicio y castigo (Galende, 2006). Y hasta el momento en que surgen los Asilos de Alienados, los grandes establecimientos destinados a albergar a los desviados, presentan la particularidad de que no cuentan con una diferenciación clara entre quienes son internados en su interior.

En general los casos de los que se ocupan, son derivados por miembros de la propia familia, quienes buscan un espacio capaz de responsabilizarse por un integrante que deviene una carga a causa de su incapacidad, alienación o comportamiento poco disciplinado.

La construcción de los hospitales generales respondía, entre otras razones, al deseo explícito de proporcionar a las familias pobres un medio para controlar a sus miembros indisciplinados. Los administradores no tardaron en sospechar que las familias utilizaban estos recintos para liberarse de sus bocas inútiles, sus tullidos, antes que para dar una saludable y momentánea lección a los indomables del orden social (Donzelot, 2008, p. 56).

Con el advenimiento de la Modernidad, y especialmente a partir del siglo XVIII, pueden percibirse una serie de profundos procesos sociales. Se produce un amplio y complejo conjunto de cambios respecto de los modos organizar el Estado por parte de las instancias de gobierno, y en relación a la forma de habitar lo social por parte de aquellos que comienzan a constituirse como ciudadanos.

Por ejemplo, comienza a delimitarse un espacio privado perteneciente a la naciente figura de la familia (Ariès & Duby, 1991), instancia que se halla en este momento histórico en plena consolidación (Donzelot, 2008). La familia no puede quedar ya entonces relegada a la modalidad que cada uno quisiera darle, sino que se evidencia un significativo esfuerzo por explicitar el modo en que debe constituirse. La familia se ve en entonces en la obligación de retener y vigilar a sus miembros más vulnerables, si no quiere ser ella misma objeto de una vigilancia (Donzelot, 2008). Así, para Hegel, la familia es uno de los círculos esenciales de la sociedad civil. Deviene la garantía de la moralidad natural, en tanto “se basa en el matrimonio monógamo, establecido por mutuo consentimiento (...), es una construcción voluntaria y razonable” (Perrot & Martin-Furgier, 1991, p. 100). La monogamia, la higiene, la salud, devienen temas centrales en la época, tanto para la vida de que cada uno de sus integrantes, como para la de los descendientes, ya que “la familia es considerada como un capital simbólico de honor, pero (...) también se la considera un capital genético. Representación que aún subsiste en el imaginario contemporáneo” (Belgich, 2004, p. 56).

El patrimonio –en especial, el inmueble- comienza a ser un fuerte objeto de deseo en tanto proporciona un signo de notoriedad para los burgueses, y la posibilidad de un rincón propio para los más desfavorecidos.

Además, la industrialización comienza a proliferar instalándose cerca de los centros urbanos a fin de obtener mano de obra para la producción fabril, estableciéndose con ella

una división casi incuestionada al interior de los hogares: el hombre sale a trabajar y la mujer permanece en su interior a cargo de la crianza de los niños y de las actividades domésticas. Solamente encuentran medios de subsistencia alternativos o complementarios en las tareas de asistencia o de lavandería. Las pequeñas empresas familiares emergen como frecuente medio de sustento en la cotidianidad de las comunidades.

Por su parte, la instrucción de los niños se realiza –antes de la educación obligatoria- al interior de los hogares. En las familias de escasos recursos económicos, a través de métodos que circulan en la época en los que tanto el padre como la madre se encuentran en situación de llevarlo adelante (Ariès & Duby, 1991)

Estos cambios llevan a intentar racionalizar los problemas que se les plantean a las prácticas de gobierno frente a los individuos en general, y en particular, frente a los grupos caracterizados por rasgo diferenciales que comienzan a delimitarse.

Dichas delimitaciones de grupos de individuos que presentan sus propias características dan paso a la creación de una figura que para la gubernamentalidad deviene pensable sólo en este momento histórico, en las sociedades occidentales, y de racionalidad económica liberal: la *población* (Foucault, 2009). Las poblaciones no son entendidas como una mera multiplicidad de vivientes sino como un conjunto constituido y atravesado por problemas o rasgos específicos: natalidad, mortalidad, morbilidad, raza, demografía, etc. La gubernamentalidad de los nacientes Estados modernos requieren entonces administrarlas a través de controles y regulaciones diversas para lograr de ellas obediencia, docilidad y productividad, de la manera más eficaz y económica posible. Entre los aspectos que se muestran como los más importantes para ser fuertemente regulados, se encuentran la natalidad y la sexualidad. El naciente sistema capitalista requiere “una raza numerosa, fecunda y sana, y una sexualidad ejercida sin fraude ni enervamiento” (Perrot & Martin-Fugier, 1991, p. 121).

De este modo, los individuos que evidenciaban alguna clase de conflicto respecto del modo de funcionamiento económico y social que comienza a gestarse con el nacimiento y la expansión del capitalismo, permanecen sometidos a situaciones de marginación y exclusión en lo social, lo político, cultural, económico, etc. Son concebidos como no productivos, incontratables, o peligrosos; es decir, descriptos siempre bajo tintes despectivos. “Durante todo el siglo XIX, las descripciones de pauperización acuerdan en denunciar la existencia de categorías de individuos puramente negativa: inmoralidad, vicio, irresponsabilidad, peligrosidad...” (Merklen, 2013, p. 66).

Los locos, los criminales, los vagos, las prostitutas, los idiotas o imbeciles, etc., comienzan a ser depositados en establecimientos de encierro como el Hospicio o el Hospital General, impidiendo su circulación en beneficio del resto de la sociedad y de las nuevas formas de riqueza y propiedad privada dadas en el tránsito del feudalismo al capitalismo (Belgich, 2004; Gros, 2007). Comienza a hacerse evidente “la necesidad que el capitalismo industrial tiene, de un determinado orden de circulación de las personas, como sistema de gobernabilidad” (Belgich, 2004, p. 51). Es decir que estos procedimientos vienen a cumplir un rol de ordenamiento y control, y llegado el caso, también de sanción. Esto queda plasmado en la ley sobre Alienados de 1838 en Francia, denominada posteriormente Ley Esquirol, la cual articula de una manera novedosa los discursos jurídico y médico, al establecer como lugar prácticamente exclusivo de intervención médica-psiquiátrica al espacio asilar (Contino, 2010a).

Es la ley que funcionará progresivamente de modelo para muchos países de Europa en un primer momento, y luego también para el resto de Occidente. “Locos, dementes e imbeciles, privados de sus derechos de ciudadanos, pueden ser internados si la familia lo demanda de hecho, en virtud de la ley de 1838” (Perrot, 1991, p. 129).

Décadas antes de este histórico momento, Louis-Auguste de le Tonnelier, Barón de Bréteuil y ministro de la casa del Rey, reglamenta el uso de las denominadas *lettres de cachet*, las cuales son en sus orígenes cartas cerradas con el sello real, dirigidas al Parlamento, destinadas a ordenar un edicto que logre un oficio real para permitir el encarcelamiento de un individuo. Si bien en un primer momento las *lettres de cachet* estaban reservadas al exclusivo uso real o de la alta aristocracia, en poco tiempo devinieron

una práctica habitualmente popular. A través de ella se pedía al Ministro, al Comisario de Barrio, o a otras figuras, la detención de un individuo por algún delito, pero también por padecer locura (Foucault, 2008d). En 1790, luego de la Revolución Francesa, las *lettres de cachet* son abolidas y la administración real, el aparato judicial y la familia –que hasta ese momento se repartían el control de los comportamientos no conformes a los procedimientos tradicionales reglamentados-, fue sustituido. Así, luego de un período de algunas décadas de vacío legal, emergen nuevos agentes que colman el vacío que dejan las *lettres de cachet*: “justicia (fiscales y jueces), administraciones locales (‘directores de distrito’) y medicina” (Castel, 2009, p. 14).

Por lo tanto, el objetivo político en la Modernidad no es encerrar seres humanos de manera arbitraria o indiscriminada bajo una lógica perversa, sino hacerlo más bien en base a una cierta racionalidad. Se pretende retirar de la circulación social aquellos individuos que representaban puntos de roce o tensión respecto del proyecto político del capitalismo y de las formas modernas del Estado que comienzan a consolidarse. Por lo tanto, sus funciones no son solamente restrictivas o prohibitivas, sino que también se muestran como habilitadoras y productivas.

Ahora bien, a partir de la regulación de todo lo concerniente a las desviaciones sociales en los momentos incipientes de la Modernidad, comienza a posibilitarse estudios minuciosos de los aspectos humanos más extraños, más problemáticos, más inconvenientes, menos socializadores. A través de los esfuerzos por sostener la vigilancia, la corrección, la reeducación, el adiestramiento o el disciplinamiento, ciertas figuras comienzan a perfilarse y especificarse: *el monstruo humano*, definido en relación a algunos aspectos de la moral y de la biología; *el onanista*, respecto de la sexualidad; y *el individuo a corregir*, que se constituye contemplando las desviaciones respecto de lo conveniente para la sociedad (Foucault, 2008a).

De estas tres categorías, vagas y poco rigurosas, se va construyendo una nueva figura que las engloba pero que a la vez las desplaza. La nueva figura que nace al absorberlas, tomando algunos rasgos de cada una de ellas, constituye una categoría que transforma radicalmente a partir de su legitimación, la lógica de la gubernamentalidad: se trata de la categoría de la *anormalidad* (Foucault, 2008a).

La figura del *anormal* agrupa así rasgos pertenecientes a estas tres figuras previas y se caracteriza por verse atravesada por los esfuerzos de explicitación de la delimitación de sus propias fronteras, a través de mecanismos científicos y estadísticos. Se trata entonces de una categoría nacida eminentemente del discurso psiquiátrico, pero que adquiere consistencia, solidez y legitimidad en función de su vinculación con los discursos médico y jurídico.

Los primeros esbozos de la figura del *anormal* surgen ligados al disciplinamiento institucional en el interior de estos grandes establecimientos de encierro, dirigido a quienes presentan características físicas y/o mentales específicas. Sin embargo, también se utilizan para lograr una descalificación psiquiátrica a algunos movimientos políticos que se mostraban amenazantes para la sociedad capitalista en conformación (como sucede particularmente con el anarquismo).

Así, ante la pregunta acerca de cómo hacer la divisoria entre los movimientos que se pueden convalidar, y aquellos que hay que criticar, excluir o sancionar, Foucault plantea que “si se puede probar que ciertos hombres pertenecen a una clase biológica, anatómica, psicológica y psiquiátricamente desviada, tendremos entonces el principio de discriminación. Y la ciencia biológica, anatómica, psicológica y psiquiátrica permitirá reconocer, en un movimiento político, al que se puede convalidar efectivamente y al que hay que descalificar” (2008a, p. 147).

A su vez, Lambert Adolphe Quételet escribe en 1835 un trabajo denominado *Acerca del hombre y el desarrollo de sus facultades*, en el cual se postulan una serie de parámetros y valores establecidos a partir de la aplicación de los conocimientos estadísticos a los fenómenos humanos. La línea de este trabajo constituye un gran pilar para establecer parámetros cotidianos obtenidos en función de la aplicación de criterios de objetividad y cuantificación a toda una serie de características humanas (Aznar & González Castañón, 2008).

Estudios como éste sientan las bases para la construcción de una categoría política que se sostendrá hasta la actualidad: el concepto de *normalidad*. Esta categoría, utilizada por primera vez en 1849 (Skliar, 2002), ya no dejará de compararse con la anormalidad, presentándose el adulto como el punto real e ideal de finalización del desarrollo (Canguilhem, 1986; Foucault, 2008a). De este modo, puede rastrearse hacia esta época (mediados del siglo XIX) el inicio de la utilización de una serie de categorías que se refuerzan entre sí, siempre vinculadas a estrategias de poder orientadas a la regulación social: al concepto político de normalidad le siguen la categoría de norma, utilizada por primera vez en 1855 (Foucault, 2008a), y la categoría de normalización, cuya primera aparición concordante con este ordenamiento discursivo data de 1857 (Vallejos, 2009a). A partir de ello, la norma será el criterio político fundamental para organizar la sociedad. Y las disciplinas -o anátomo-políticas-, las tecnologías de poder más adecuadas para intervenir con los individuos que presentan alguna desviación respecto de la norma.

Inmerso en este suelo socio histórico político, Sir Francis Galton elabora en 1865 una perspectiva considerada como perteneciente al campo de la Filosofía Social, denominada *Eugenesis*. La escuela de la Eugenesia inglesa –llevada adelante junto a Pearson-, remite a una defensa de la mejora de los rasgos hereditarios humanos concretada mediante diversas formas de intervención y manipulación, y métodos de selección de seres humanos.

Fundamentada en una evidente postura racista, ha encontrado repercusión en numerosos ámbitos y autores, entre ellos, en el entrecruzamiento producido en dicho momento histórico entre la Psiquiatría, la Criminología y la política (Zaffaroni, 2011). Esto se debe a que en una sociedad comandada por esta forma de gubernamentalidad -la regulación a partir de la *norma*-, la justificación biológica condiciona claramente las determinaciones y posibilidades políticas. Canguilhem (1986) no duda en alertar que lo *normal* es el término a través del cual se determina el prototipo escolar y el estado esperable de salud orgánica. Y la Psiquiatría toma esta idea para sí, logrando no quedar ya limitada a su primigenio ámbito arquitectónico de trabajo (Foucault, 2008c), al poder extenderse a diversas instancias y problemas de lo social.

En este sentido, lo que concierne al territorio de la anormalidad, se legitimará en el discurso médico, en tanto “la medicina es un poder-saber que actúa a un tiempo sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, que tendrá efectos disciplinarios y efectos de regulación” (Foucault, 1996b, p.204). Y la manera que encuentra la gubernamentalidad propia de la Modernidad para hacer algo con los individuos considerados anormales, es justamente su disciplinamiento, su corrección, su rehabilitación. En una palabra, su *normalización*.

Y todos los territorios del saber prestan sus aportes solidarios a este complejo anudamiento político científico mediante la proliferación de disciplinas, justificaciones y dispositivos específicos que potencian la dominación de una minoría invisible sobre otros que hacen mayoría. Aquellas tecnologías de poder del siglo XVIII centradas en el espacio cerrado de las prisiones, las fábricas, los talleres, las escuelas, los hospitales, se consolidan enlazadas a la institucionalización de un conjunto de sanciones normalizadoras, es decir, permisos y prohibiciones fundados en el poder de la Norma, al mismo tiempo que lo normal se instaura como principio regulador, como prototipo (...) (Emmanuele, 2002, p. 110).

Las tecnologías de poder propias de las disciplinas, comienzan a presentarse como un ámbito por excelencia para extraer ciertos conocimientos en función de los saberes que en su interior se desarrollan (Foucault, 2008c). Esto sólo puede lograrse en ámbitos institucionales específicos, con sus propias reglas, sus propios objetivos, su propia normatividad, completamente diferentes a otros espacios sociales. Es decir, creados a especialmente para ese fin: toda una *heterotopía* del encierro.

Con la práctica del encierro como estrategia biopolítica por excelencia, y con la extracción de saber como mecanismo inherente a los espacios de encierro, comienzan a gestarse diversas clasificaciones de anormalidad. Se definen también sus respectivas técnicas de rehabilitación y normalización, legitimadas ahora en los discursos psiquiátrico y médico, y apoyadas -llegado el caso- por el discurso jurídico.

Se diferencian, especifican y clasifican las diversas formas en que se manifiesta la anormalidad, intentando inscribirlas a su vez en el terreno de lo orgánico, de manera de legitimar la medicalización de dichas problemáticas. Se construyen entonces determinados objetos a partir de las descripciones y clasificaciones realizadas por las prácticas discursivas que operan en su interior sin ningún tipo de límite, supervisión ni condicionamientos. Se produce una especificación cada vez mayor –especificación que también se presenta a nivel de las disciplinas- de los cuadros diagnósticos que se van recortando a partir del funcionamiento de las prácticas desplegadas en su interior. Se va diferenciando cada una de las múltiples categorías que comienzan a nacer en el territorio de la anormalidad de un modo cada vez más proliferante, pero organizadas bajo una estricta *lógica clasificatoria* (Lourau, 1998). Esto implica que el discurso psiquiátrico realizará también aquí los tres principales mecanismos que lo caracterizan: “clasificación, remisión a lo anátomo-patológico y circunscripción al terreno médico” (Foucault, 2008a, p. 157).

A su vez, en los casos en que algún comportamiento delictivo se presente como imposible de comprender, injustificado o inmotivado, el discurso jurídico tiene permitido recurrir nuevamente al discurso psiquiátrico para demarcar la acción a tomar.

La medicalización de la sociedad comienza a producirse y ya no encuentra límites a su campo de incidencia. “La existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se ven englobados en una red cada vez más densa y más amplia (...), que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina” (Foucault, 1996b, p. 86).

De este modo, ya no es necesario presentar una enfermedad para ser objeto de un proceso de medicalización, sino que es la medicalización misma -en tanto proliferación del discurso médico como un proceso independiente de la intervención del médico sobre un individuo enfermo-, la que construye los objetos desviados que hay que normalizar. Como afirma Foucault, “los que gobiernan en la sociedad [en el siglo XX] ya no son los códigos [las leyes], sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad” (1996b, p. 76).

El disciplinamiento propio de las sociedades capitalistas modernas, sólo puede conformarse a partir de tecnologías de poder que, por un lado, tengan como blanco al cuerpo individual; y por otro, a la población en general. Pero las tecnologías de poder propias de una sociedad disciplinaria, conllevan formas de disciplinamiento que requieren de la utilización de las denominadas *prácticas divisorias*: técnicas, procedimientos, mecanismos, profesiones, etc. que producen una división del sujeto tanto en su interior, como respecto de los otros: el loco y el cuerdo; el enfermo y el sano, los criminales y los buenos chicos (Foucault, 1983). De este modo, la binariedad dicotómica constituye la lógica por excelencia y atraviesa todas las disciplinas, estableciendo siempre un campo de objetos dividido en dos opciones excluyentes. Las categorías diagnósticas pueden ir sustituyéndose entre sí a lo largo del tiempo, pero la lógica binaria de base, la dicotomía excluyente que exige ubicar de un lado de la línea o del otro a cualquier individuo de la sociedad, permanece incuestionable.

2.2. La soldadura entre pedagogía y clínica en el abordaje de la debilidad de espíritu y la debilidad mental

A partir de los mecanismos institucionales de extracción de saber en los espacios asilares de aislamiento y encierro, surge la categoría *débil de espíritu*.

Su primera mención data de 1624, aparece a cargo de Zacchias, un jurista autor de una obra denominada *Cuestiones médico legales* (Foucault, 1998; Galende, 2006). Otras fuentes indican que en realidad el libro de Fodéré *Tratado del bocio y del cretinismo*, de 1791, es considerado “la primera obra importante en esta materia” (Misès, 2001, p. 71).

Esta categoría, débil de espíritu, es más tarde retomada e incluida como una de las tres diferenciaciones de la clasificación en base a niveles de gravedad de los atrasos mentales, junto con los *idiotas* y los *imbéciles*, elaborada por Jean-Etienne-Dominique Esquirol, el discípulo más importante de Pinel (Cordié, 1994; Ey, 1978; Menin, 1996).

En pleno tránsito del Alienismo a la Psiquiatría más incipiente, estas clasificaciones comienzan a inscribirse bajo la lógica de la anatomopatología. Desde esta perspectiva, las causas son siempre orgánicas; ya sean exógenas (lesiones o secuelas del sistema nervioso) o endógenas (transmisión hereditaria o congénita).

Esto implica considerar a los imbéciles, a los idiotas, y a los débiles como pertenecientes al territorio de la anormalidad, pero diferenciados de la alienación. Esta separación se produce definitivamente en la década de 1830, con la aparición de la figura del “niño imbécil” y el “niño idiota” (Foucault, 2008c, p. 231; De la Vega, 2010, p. 86). Un individuo puede no pertenecer al territorio de la normalidad, pero la especificidad de su caso no quedará por fuera de algún sistema de codificación.

Esta transformación de la mirada médica, que empieza a basarse en la observación y en la interpretación biologicista de cualquier fenómeno humano, inaugura un nuevo modo de concebir estas problemáticas. La teoría de la *Degeneración* encuentra así condiciones de posibilidad para su surgimiento. Y la suposición de la herencia en los casos de degeneración, puede comenzar a ser ubicada en toda una serie de obras médicas de la época. Puede vérsela explícitamente por ejemplo en la obra del médico Monlau, cuyo trabajo se sitúa justamente en la línea de esta teoría, acompañado de una fuerte impronta higienista. Ya en 1858 sostiene que “los *vicios* y las *monstruosidades primordiales*, como la sordomudez, la imbecilidad, el idiotismo (...), etc.” se transmiten por traspaso hereditario, ya sea por generación o por lactancia (las cursivas son del autor). Tanto las condiciones físicas, como psicológicas y morales se heredan de acuerdo a leyes que, en ese momento, según se reconoce, todavía no serían muy bien conocidas. Sus afirmaciones al respecto son inequívocas y contundentes: “el heredamiento intelectual y psíquico es incuestionable” (Monlau, 1865, p. 496).

Esta nueva perspectiva requiere, además, la creación de pabellones especiales al interior del asilo de alienados para una mejor inserción de los casos problemáticos.

Desde esta manera entonces, la alienación se caracteriza como una desviación respecto de las normatividades planteadas en lo social. En una clara línea de continuidad con la pretensión de encauzamiento de las desviaciones del *individuo a corregir*, se produce al interior del territorio de la anormalidad “la formación técnico-institucional de la ceguera, la sordomudez, de los imbéciles, de los retrasados”, etc. (Foucault, 2008a, p. 63).

Así, hacia fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, la idiocia, la imbecilidad, la debilidad y el retardo, se presentan como problemas en los que la desviación está dada no en el modo de funcionamiento actual del cerebro (como es el caso de la alienación mental), sino en su desarrollo mismo. La desviación no se produce en un cerebro desarrollado, sino en un punto determinado de su desarrollo. Por lo tanto, estas nuevas categorías recortadas y diferenciadas de la alienación, se caracterizan por presentar una desviación respecto de las dos principales normatividades de la época: la de los otros niños y la de la adultez (Foucault, 2008a; De la Vega, 2009 y 2010).

Es tal vez por ello que al caso del denominado salvaje del Aveyron puede atribuírsele una importancia crucial. Se trata de un suceso paradigmático en relación al tratamiento de un caso de “idiocia” ocurrido alrededor del año 1800. Concierno a un niño de unos 12 o 13 años, encontrado en una floresta en el departamento de Aveyron, en Francia. Víctor –tal como se lo nombra-, es alojado en una escuela para sordomudos en París y su educación es confiada a Jean Itard, quien había trabajado en el hospicio para locos con Pinel, en Bicêtre, y es a su vez médico del mencionado Instituto para Sordos (De la Vega, 2009).

Mientras Pinel se queda del lado de la medicina (Emmanuele, 2002), Itard desafía el diagnóstico de su maestro sobre la imbecilidad constitucional de Víctor y apuesta a la posibilidad de la reeducación. “La empresa constituía la posibilidad de articular la filosofía sensualista de Locke y Condilliac con el alienismo y anexar un nuevo ámbito a sus técnicas de reeducación” (De la Vega, 2009, p. 161). Luego de varios años dedicados a probar con todo tipo de metodologías al servicio de esta reeducación, Itard concluye que no es posible que Víctor adquiera el lenguaje ni muestre demasiados avances, en función del estado de salvajismo y de ignorancia en el que ha permanecido durante demasiado tiempo. Sin

embargo, apuesta a que “todo proceso de educación o reeducación debe estar regido por los principios de la medicina moderna y de las ciencias naturales” (Montanari, 1978, p. 21).

Estos fallidos intentos posibilitan de todos modos la creación de las primeras escuelas para anormales de la Bicêtre y la Salpêtrière, así como la de Seguin en París. A ellos le siguieron otras muy similares en Suiza, Alemania e Inglaterra (De la Vega, 2009). “A la par de los institutos para sordomudos comenzarían a funcionar aquellos destinados al niño idiota, imbecil o débil mental” (De la Vega, 2004, p. 58).

Cabe aclarar, sin embargo, que un siglo antes de Pinel, Willis ya hablaba de la educación de los imbeciles (Foucault, 1998). Escribe un tratado llamado *De anima Brutorum* en el que aplica los principios de la medicina de la época al tratamiento de las enfermedades mentales (Postel & Bing, 1992), estableciendo algunas especificaciones respecto de las propuestas terapéuticas:

En lo concerniente al tratamiento de esta enfermedad, la imbecilidad, sea de origen congénito o adquirido –salvo que se trate de una alienación total o que el niño sea un idiota hasta el punto de no poder aprender absolutamente nada-, puede ocurrir que se intente una curación y que el mal retroceda; pero este tratamiento debe ser obra conjunta de un médico y de un maestro de escuela si se pretende recomponer la inteligencia de los niños así afectados para que puedan usar al menos en cierta medida su razón, y se los pueda separar de las bestias (Misès, 2001, p. 20).

De cualquier manera, a partir de este histórico episodio del caso de Víctor, la clínica y el aprendizaje mostrarán una soldadura que ya no se disuelve más, al crearse “la figura todavía vigente en nuestros días del médico educador” (Emmanuele, 2002, p. 102). El entrecruzamiento de los discursos médico y pedagógico ya no se disolverá, comenzando a funcionar de manera complementaria en torno a los casos de niños débiles, idiotas o imbeciles.

La única manera de curar a un idiota o a un retrasado es imponerle sin más la educación misma, eventualmente, por supuesto, con unas cuantas variaciones, especificaciones de método. La terapéutica de la idiotez será la pedagogía misma, una pedagogía radical que irá a buscar más lejos, pero que seguirá siendo una pedagogía (Foucault, 2008a, p. 243).

Estas categorías de idiocia, imbecilidad y debilidad a secas, comienzan a convivir durante un tiempo con otras nuevas, surgidas al articularse la utilización del concepto de mentalidad, aparecido a principios del siglo XIX. La categoría de la debilidad de espíritu retomada por Esquirol, se ve transformada entonces y da paso a las nuevas categorías psiquiátricas de debilidad mental, retraso mental, atraso mental y retardo mental, en la búsqueda de nominaciones más acordes a la cientificidad de fines del siglo XIX y principios del siglo XX.

Estas nuevas nominaciones comienzan a adquirir la entidad suficiente como para ser estudiadas y abordadas de manera científica. Ello se produce a partir de tres movimientos producidos más o menos hacia la misma época en las sociedades occidentales: la institucionalización del Sistema Educativo, el auge del Positivismo y la difusión del Higienismo. La conjunción de estas tendencias que buscan cada una su propia consolidación en lo social, logra recortar el objeto discursivo de la debilidad mental. Y a su vez, define dos ámbitos complementarios: por un lado, las técnicas y los procedimientos necesarios para arribar a la evaluación y el diagnóstico de la debilidad mental; y la construcción de estrategias para abordaje específicos, por otro.

La especificación de la debilidad mental como una categoría de la nosografía psiquiátrica -y que, por lo tanto, debería circunscribirse necesariamente al individuo-, posibilita establecer una diferenciación entre dos clases distintas de niños: los débiles y los otros. Y esta separación producida a través de ciertas prácticas discursivas, legitima una vez más la necesidad de circuitos específicos para aquellos que no pueden desenvolverse del mismo modo que el resto en relación a la circulación social. En otras palabras, con el nacimiento de la debilidad mental surge “también una tecnología pedagógica que convocará a los antiguos rituales de la exclusión” (De la Vega, 2009, p. 161).

2.3. El sistema educativo, el positivismo y el higienismo: condiciones de posibilidad para el nacimiento del retraso mental y de la Educación Especial en Argentina

La conformación del sistema escolar en Argentina en general y en Rosario en particular ha sido estudiada en profundidad desde diversas perspectivas. Algunas de ellas, desde un recorrido genealógico (Belgich, 2005; De la Vega, 2009 y 2010). Estas últimas constituyen una fuente fundamental para la presente tesis. Muestra desde una lectura particular, tanto el modo en que emergen la debilidad mental y las Escuelas para Niños Débiles (hoy devenidas en Escuelas Especiales), como las vinculaciones entre éstas con el Positivismo y el Higienismo.

El Higienismo es un movimiento médico que se caracteriza por sus fuertes ideas eugenésicas como principal modo de mejoramiento de la sociedad, y nace reemplazando la teoría de la Degeneración, presentando respecto de esta última tanto un punto de ruptura, como una línea de continuidad, a la vez. La teoría de la Degeneración, que sostiene conceptos como el de anormalidad, habla de liberación de los instintos en el degenerado, de idiotez en el niño, de locura en el adulto, opera aproximadamente desde 1840 a 1890, cuando comienzan a consolidarse las ideas del Higienismo (Foucault, 2008c; Castel, 2009).

Esta renovación de los marcos desde los que se piensa la Medicina Social se opone a las propuestas extremas de la castración o esterilización de los degenerados. Sin embargo, comparte con esa otra línea el marco del Darwinismo Social que lo comanda (De la Vega, 2009 y 2010). Un ejemplo de ello se ve en la afirmación que pronuncia Carlos O. Bunge, luego de ser enviado a Europa en 1898 por Magnasco, el ministro de Instrucción Pública. Se le encomienda allí estudiar los sistemas educativos existentes para “degenerados inferiores”. Sus conclusiones son que el niño débil, idiota o imbecil debe ser dirigido hacia ámbitos asilares o penales más que a los educativos o pedagógicos. E incluso se lamenta que no existan en dicha época “como antaño, aquellas grandes y periódicas y continuas y saludables amputaciones” (Bunge, sin fecha, citado por De la Vega, 2004, p. 51).

Según sostiene Puigróss, algunos artículos publicados en esta línea por El Monitor de la Educación Común (una de las primeras y más importantes publicaciones argentina sobre Educación), se muestran en clara oposición a la idea de educar a los anormales, proponiendo la reclusión en asilos y llegado el caso, las intervenciones quirúrgicas para los perversos (Puigróss y col., 1993).

De esta manera el Higienismo comienza a colonizar el campo de la salud en lo social a fines del siglo XIX y principios del XX, dirigiéndose directamente a la anormalidad, a la pobreza y a la enfermedad. Las premisas que lo orientan son la prevención, la profilaxis, la asistencia y los tratamientos medicalizados, en especial en las clases sociales más bajas. No parece casual entonces que los doctores fundadores del Comité Regional (de la zona de Rosario) de la Liga Argentina de Higiene Mental hayan sido los mismos profesionales que crearon en la Facultad de Medicina de Rosario (dependiente en ese momento de la Universidad Nacional del Litoral), la primera cátedra de Psiquiatría Infantil del país, y la Escuela de Niños Retardados, neuróticos y psicopáticos: el psiquiatra italiano Lanfranco Ciampi y los argentinos Raimundo y Gonzalo Bosch (Stagnaro, sin fecha).

Si bien el Higienismo cuenta con una fuerte impronta médica, tiene vinculaciones con la política y la economía, así como con la moral: “el cuerpo no sería el único objetivo de las exhortaciones médicas, su influencia abarcaría también los hábitos y las costumbres de los individuos. (...) Los principios higiénicos servirían de norma para regular buena parte de la conducta de la población” (Quintana, 2011, p. 275).

Pero este movimiento se instituye en un suelo histórico político que al decir de Vezzetti, no sólo intenta realizar utopías médicas, sino que a su vez se propone articularlas con utopías pedagógicas (1985). Así las cosas, la debilidad mental en el niño anormal comienza a quedar evidenciada a partir de los problemas generados frente a la institucionalización del

sistema educativo y sus respectivas exigencias disciplinarias. Emergen así dos grandes campos de problemas: los de indisciplina por un lado (manifestados en los niños delincuentes, viciosos, insumisos, etc.), y los de aprendizaje, por otro (presentes en los niños débiles, retardados, imbeciles, idiotas, etc.).

Respecto de la institucionalización del Sistema Educativo argentino, cabe especificar en primer lugar que existe una prolífica bibliografía que intenta dar cuenta del tema. Puede afirmarse a su vez que la Educación no constituye un objeto de estudio susceptible de ser explicado por una disciplina, un saber, un autor o una perspectiva. Al respecto, Tedesco (1987) sostiene que ni bien intenta abordársele, dicho objeto presenta dos niveles diferentes de análisis: como fenómeno social y objeto de políticas sociales, por un lado; y como fenómeno individual vinculado a la actividad de la enseñanza y el aprendizaje, por otro. Puede sostenerse también que el problema de la debilidad mental muestra el modo en que lo concerniente al segundo aspecto obliga a una modificación del primero en el breve lapso de algunas décadas.

La conformación y consolidación del Sistema Educativo Común comienza a darse hacia fines de la década de 1860 y principios de 1870 por iniciativa de Sarmiento y Urquiza, con las concepciones positivistas como principal sustento de organización.

Bajo el modelo de las Escuelas Normales se generan las bases para la consolidación de un Sistema Educativo argentino dos décadas más tarde, hacia mediados de 1880, con la sanción de la ley 1.420. Tal es el impulso que se imprime en este proyecto, que bajo su iniciativa (al ocupar los cargos de la presidencia de la Nación, Director General de Escuelas de la provincia de Buenos Aires, Ministro del Interior de la Nación y Presidente del Consejo Nacional de Educación) se fundan alrededor de 800 escuelas a lo largo de todo el país (Pigna, 2005).

La política de normalización depositada en la Escuela Común es requerida por las clases dominantes de la época para diversos fines. Entre ellos, generar un proyecto de nacionalismo, reemplazar la disciplina pedagógica eclesiástica y homogeneizar a la población migrante de Europa que comienza a instalarse progresiva pero masivamente en el país (Belgich, 2004). Por lo tanto, el proyecto educativo tal como lo concibe Sarmiento y la élite gobernante de la época -entre otras políticas públicas y proyectos políticos realizados bajo su mandato-, se orienta a consolidar un modelo de Nación, a pesar de estar influenciada por el pensamiento europeo (Puigróss y col., 1993; Carli, 2002; Torrado, 2003).

Las oleadas inmigratorias de grupos provenientes de numerosos países, amenaza con disgregar la endeble imagen de Nación que el país porta en la época. La Gran Italia, por ejemplo, reclama derechos sobre tierras ubicadas más allá de sus fronteras con el argumento de que basta que en ellas habiten grupos de nacionalidad italiana para hacerlo.

Ante esta clase de riesgos es que toda una serie de políticos e intelectuales de la época se disponen a realizar lo necesario para consolidar la idea de Nación. Ramos Mejía, ícono del pensamiento en este período, afirma por ejemplo que se trata de dar forma a las “tendencias que deberán fijar el *temperamento nacional*” (Rossi, 2009, p. 18) (las cursivas son del autor). El diario La Prensa del 24 de mayo de 1887, por otro lado, advierte que

Hace falta la restauración de las fiestas de otros tiempos en que los millares de niños de las escuelas saludaban la salida del Sol de Mayo desde las plazas públicas entonando la canción patria... Estas ceremonias enseñaban a los argentinos desde la primera edad a sentir los estremecimientos del fervoroso amor a la patria...” (Bertoni, 1992, p. 87).

Asimismo, en mayo de 1889 el Consejo Nacional de Educación establece la celebración obligatoria de las fechas patrias en todas las escuelas, acompañado por el estudio de los temas patrios pertinentes y la suspensión de las actividades habituales en los días previos a ellas (Belgich, 2006). Sintetizando con palabras de De la Vega, “la educación popular tenía un objetivo fundamental: formar el cuerpo productivo del ciudadano argentino” (De la Vega, 2009, p. 143). De este modo, el niño queda objetivado bajo una doble tutela: en tanto menor y en tanto alumno (Belgich, 2006). Como sostiene Emmanuele, “históricamente no hay política sin pedagogía propia” (2002, p. 112).

Y la línea política del proceso de construcción del Sistema Educativo Nacional puede ubicarse en relación a la binariedad con la que el disciplinamiento social exige manejarse. La mencionada binariedad, presente entonces tanto a nivel social como a nivel educativo, puede visualizarse en dos ejemplos claros.

Sarmiento, en primer lugar, habla en su obra *Facundo* (1874) de civilización o barbarie. El afán de institucionalizar el sistema educativo en tanto política pública a nivel nacional, se evidencia en efecto como un fuerte empuje tendiente a erradicar la barbarie y a consolidar la civilización. De hecho, Sarmiento consideraba que los indios y los gauchos eran ineducables (De la Vega, 2004).

Por otro lado, Mercante -ya como segundo ejemplo- presenta a la escuela como una instancia que debe proponerse el objetivo explícito de erradicar, entre otros males, la anormalidad. Sostiene que ella “debe suprimir el delito, los vanidosos, los abúlicos, los anormales, los incrédulos, señalar una conducta específica; forjar un ideal y dejar una convicción” (Mercante, 1915, p. 391). No se trata de cualquier proyecto educativo elegido al azar; queda en evidencia que debe ser uno que contemple la erradicación de la barbarie en general y de la anormalidad en particular.

La binariedad en la base de la racionalidad política de una lógica disciplinaria se presenta así como una línea directriz en la consolidación social de un modelo de país. El modo en que se lo lleva adelante es mediante los mecanismos de la vigilancia, el control y la evaluación en todo ámbito institucional fundado en lo social bajo dicha exigencia disciplinaria.

Deviene así necesario cumplimentar toda una serie de exigencias para ingresar, permanecer, transitar en el interior y finalmente egresar de dichos espacios. El ámbito educativo no es una excepción, ya que “los que cabían en los parámetros de las clasificaciones que indicaban aptitudes, se escolarizaban” (Belgich, 2004, p. 272).

Pero pronto queda en evidencia que no es posible pretender que todos los individuos que ingresen en el circuito conformado por el Sistema Educativo lo transiten del mismo modo. Empiezan a visibilizarse individuos que no logran transitarlo de manera exitosa. No todos pueden atravesar de manera satisfactoria los mecanismos de examen que dan cuenta de los aprendizajes realizados en este ámbito; siempre alguien queda inevitablemente por fuera de las exigencias disciplinares. Deviene entonces ineludible que algunos niños sean arrojados al margen de tales circuitos formales de la pedagogización.

Los *irreductibles* al sistema educativo surgen entonces inmediatamente como efecto directo de la confirmación de un sistema que presenta su propio rasgo dicotómico distintivo: hay aptos y no aptos; niños que aprenden y niños que no; niños normales y niños débiles. “Desde el momento en que hay disciplina escolar, vemos surgir al débil mental. El irreductible de la disciplina escolar sólo puede existir con respecto a la disciplina” (Foucault, 2008c, p. 75).

Desde la lógica disciplinaria, está claro que es necesario que exista un procedimiento preciso y eficaz que delimite inequívocamente la línea que discrimina entre un conjunto de la población escolar y el otro. Una de las organizaciones que más injerencia produce en este sentido hacia principios de siglo XX fue el Consejo Médico Escolar, integrado entre otros por Ramos Mejía, autor de numerosos escritos sobre el Darwinismo Social.

Ello posibilita que, en Argentina, las primeras clasificaciones en el ámbito escolar categoricen a la población de acuerdo a cuestiones relativas a la raza y al ambiente en donde cada individuo se fue formando, descalificándolos política, cultural e intelectualmente (Belgich, 2004). Mercante (1902), por su parte, habla de la turba infantil, haciendo referencia a un elemento amenazante y peligroso en sus manifestaciones, especialmente si se trata de menores pertenecientes al sector proletario que se encuentra reclamando algunos derechos (Belgich, 2004).

No es casual, a su vez, que hacia esta época -precisamente en 1904- Binet (1857-1911) y Simon (1873-1961) publican un trabajo académico titulado *Sobre la necesidad de establecer un diagnóstico científico de los estadios inferiores de la inteligencia* (Oyarzábal, 2007). Conforman allí una escala de medición en forma de test, que se encarga de identificar y clasificar dichos estadios inferiores, formalizando científicamente la medición de

la inteligencia, con la obtención de un coeficiente que compara la edad mental del testeado respecto a la del niño medio (Cordié, 1994, Savid, 2004).

A pesar de que los máximos representantes del Positivismo argentino (Ingenieros, Piñero, etc.) descalifican la cientificidad en la metodología utilizada por Binet y Simon, sin reconocer la confiabilidad en la utilización del test tal como estaba planteado (Rossi, 2009), de todos modos “la edad mental y el coeficiente intelectual establecían los criterios que permitían diferenciar la población escolar” (De la Vega, 2010, p. 145). El concepto de *debilidad mental* surge aquí inscripta en el territorio de la anormalidad, al entrecruzarse estas categorías que hasta ese momento se mantienen ajenas entre sí. Coexiste por lo tanto con los de idiocia, imbecilidad y retardo, todos pertenecientes al campo de lo que algunos autores llaman “subnormalidad” (Tobar García, 1933, p. 23).

Es decir que el Sistema Educativo Común, atravesado por el Positivismo y el Higienismo, recorta tanto la figura de la debilidad como la del retardo mental y a partir de ello, contempla la necesidad de crear las primeras Escuelas para Niños Débiles o Retardados, devenidas hoy en Argentina en Escuelas Especiales:

Aunque la valoración psicométrica en nada haya contribuido al entendimiento de la debilidad mental y deje sin respuesta la pregunta de ¿por qué un niño no aprende?, o, por la positiva, ¿por qué un niño aprende?; permitió aludir a un concepto clínico pero para indicar que no existen indicios de una patología orgánica ya que en definitiva se trata de un *déficit* en la adquisición del conocimiento respecto a una norma establecida. Es decir la valoración psicométrica solidaria a las teorías del *déficit* contribuirá a la clasificación que posibilitará la organización de la educación especial (Gez, 2009, p. 14) (las cursivas son de la autora).

En relación a estas nuevas demandas sociales, advino en un primer momento un rechazo por parte de Sarmiento a los pedidos de los médicos alienistas e higienistas para contemplar la situación de los niños débiles (acaecida a comienzos de la década de 1880).

Luego de una primera etapa de resignación ante lo poco que se podía hacer, caracterizada por el voluntarismo y la solidaridad propio del discurso religioso –en la que los anormales se conciben como individuos dignos de protección y de privilegios (Fernández Bruno & Gabay, 2003)-, surgen los primeros antecedentes que vinculan la debilidad y anormalidad con la deficiencia orgánica.

Desde la segunda mitad del siglo XIX comienzan a emerger las primeras instancias que se ocuparon de la educación de los niños que presentan déficits sensoriales (visuales y auditivos). En 1857 se abre la primera Escuela para sordos, la Sociedad Filantrópica Regeneración por iniciativa del maestro alemán Carlos Keil; en el año 1885 se creó el Instituto Nacional de Sordomudos (De la Vega, 2004), y en 1887, el pedagogo español Juan Lorenzo y González comenzó a educar a un grupo de niños ciegos del Asilo de Huérfanos (Borinsky & Talak, 2004), luego devenido Instituto Nacional de Ciegos. En el año 1900 se crea también el Instituto de Sordomudos y en 1906 comienza a funcionar en Buenos Aires un Instituto para Afásicos y Retardados (De la Vega, 2004). Entre 1902 y 1913 funciona en el Depósito de Contraventores *24 de noviembre*, el denominado Servicio de Observación de Alienados, especie de laboratorio social de vigilancia y estudio de la marginalidad a cargo de José Ingenieros, a donde llegado el caso recibían menores de edad (Dovio, 2011; Aguirre, s.f.a). Por último, en 1915, el director del Hospicio de Mercedes, Domingo Cabred, crea un instituto para retardados denominado Asilo Colonia Regional Mixto de Torres (Borinsky & Talak, 2004), que al año siguiente comienza a trabajar mediante una modalidad médico-pedagógica. Este instituto interpela a las autoridades estatales reclamando que sean creados establecimientos adecuados para continuar profundizando la obra que se viene realizando de manera aislada (De la Vega, 2009), ya que estos proyectos de rehabilitación no pertenecen desde sus comienzos al ámbito educativo sino más bien al de la asistencia pública y la filantropía. Y de hecho permanecieron allí durante bastante tiempo (De la Vega, 2004).

Ahora bien, los primeros acercamientos del Consejo Médico Escolar hacia esta problemática, datan del año 1904, cuando se proyecta la implementación de clases

especiales que funcionarían en Escuelas Comunes, destinadas a albergar a los niños “indóviles o ineducables” (Belgich, 2004, p. 276). Y en 1905 se solicita la creación de una inspección especial para retrasados intelectuales.

Luego de ello, tres décadas más tarde de aquel rechazo explícito de Sarmiento, se crean en el Concejo Nacional de Educación, bajo la presidencia de Ramos Mejía, las primeras escuelas para esta clase de niños. “Asilos, orfanatos, prisiones dejaban paso a estrategias reeducativas para la recuperación del niño deficiente” (De la Vega, 2010, p. 141).

Las dos primeras escuelas concebidas en el ámbito de la Educación, se denominan oficialmente Escuela al Aire Libre para Niños Débiles. Son fundadas en 1909 en el Parque Olivera y en el Parque Lezama (De la Vega, 2009).

A ella le siguieron otras más en otros puntos del país, tales como la Escuela para Niñas Débiles de Mar del Plata, en 1911 (Fernández, S., 2009). En este tipo de establecimientos, la cuestión del cuerpo queda ubicada en primer plano. Es objetivo de las tecnologías de poder y de las extracciones de saber propias de las disciplinas médica y pedagógica, en tanto la fuerte impronta biologicista y racista inherente al Higienismo concibe siempre un basamento orgánico a la debilidad mental. En su despliegue establece claras diferencias entre el cuerpo deforme, vicioso y enfermo, por un lado, y el virtuoso y saludable, por otro.

Cabe destacar que en general, el sector poblacional que constituye la población de niños débiles, son los pobres, abandonados, o hijos de inmigrantes, de obreros o de desocupados. “En lo más profundo del mundo anormal, toda una población de niños huérfanos, mal alimentados, lesionados, apesados y envidados serán privados de todo aquello que prometía la escuela y las demás instituciones de la normalidad” (De la Vega, 2010, p. 142). De hecho, la razón por la cual las Escuelas para Niños Débiles se crean bajo dichas condiciones, con actividades deportivas y gimnasia higienista, radica en la creencia de que tal como ocurre con el mundo vegetal, los efectos del aire libre y el sol para la regeneración –mental y orgánica- de la infancia marginal, devienen fundamentales.

Ramos Mejía, coincidiendo con sus colegas higienistas, creía en el ordenamiento de la raza a través de la intervención educativa. El ejercicio al aire libre, la nutrición, la higiene y los métodos pedagógicos especiales permitirían vigorizar y cimentar el organismo y el espíritu de quienes no estaban definitivamente excluidos del futuro de la nación (De la Vega, 2004, p. 52).

Los temas de interés para los estudiosos de la época habían comenzado a virar hacia estos tópicos. Rodolfo Senet (Vezzetti, 1988), con su libro *Elementos de psicología infantil* se encarga “del vagabundeo infantil y la marginación” (Belgich, 2005, p. 102). Establece una impronta que aún se mantiene vigente: “la equivalencia entre enfermedad = indisciplina = delincuencia” (Belgich, 2004, p. 274). Emilio Coni (De la Vega 2009; Rossi, 2009), José Ingenieros, Carlos Bunge, Luis Cassinelli, Genaro Sisto (De la Vega, 2009), escriben ya en 1907 y 1908 sobre “la higiene y la psicología escolar, la función de la escuela en la atención de los anormales, y temas similares” (De la Vega, 2009, p. 157). Ingenieros, de hecho, profundiza en la cuestión de la minoridad deficiente, su educación, y el problema de la criminalidad, afirmando que el menor no debe ser penado sino corregido, reeducado y reformado (Ingenieros, 1906). Piñero habla de la importancia de una clasificación médico-psico-pedagógica de la infancia anormal en pos del avance en las medidas terapéuticas, educativas y de abordaje institucional del niño. Dedicar su atención a “una clase de niños retardados y anormales, que no son tan desgraciados para ser reclusos en asilos especiales ni tan capaces como para instruirse en las condiciones ordinarias de los niños sanos” (Rossi, 2010, p. 392). Senet, por su parte, afirma que “la eficacia de la educación como medio de desviar y aun neutralizar taras patológicas, así como para contrarrestar una adaptación social perniciosa (...) está perfectamente comprobada (...)” (Senet, 1911; según cita Vezzetti, 1988, p. 124). Hermosina De Olivera, por otro lado, establece una población escolar heterogénea que por diversos motivos no es educable: los idiotas, imbeciles, sordomudos, ciegos, distraídos y atrasados, si bien no son considerados totalmente anormales, de todos modos sufrirían de languidez cerebral. Desde esta perspectiva, tanto la

mala alimentación por ser hijos de clases obreras, así como la herencia de sus razas, contribuyen a esta dificultad para transitar la escolaridad común (Belgich, 2004).

Este difuso conjunto de sujetos comienza a codificar toda una diversidad de anormales: “insumisos” (Belgich, 2006, p. 147), “indisciplinados, viciosos, delincuentes” (Senet, 1911; citado por Vezzetti, 1988, p. 124), “vagabundos, perezosos, incorregibles, atrasados, imbéciles, idiotas, sordomudos, ciegos, epilépticos, inestables, débiles, (...) zurdos, lerdos, que recibían golpes, etc.” (De la Vega, 2010, p. 111-112). Se trata de categorías que identifican a quienes no logran transitar sin inconvenientes por la Escuela Común.

La gubernamentalidad de las sociedades disciplinarias –atravesada en el caso de Argentina en la época del nacimiento de la debilidad mental por el auge del Positivismo, el Higienismo y la pretensión de una homogeneización político-social a través de las herramientas político-pedagógicas del Sistema Educativo- exige que nada permanezca sin codificarse, sin estudiarse, sin abordarse y sin incluirse en un proyecto de normalización.

En este suelo histórico-político, la ciudad de Rosario no se ve exenta de tales lineamientos. Se aprueba allí el proyecto del concejal Daniel Pérez para la creación de la Escuela Municipal para Niños Retardados, que comienza a funcionar en 1922, organizada y dirigida por el Dr. Lanfranco Ciampi.

En 1924, bajo la influencia de los avances en Ortofonía, Oratoria, etc., se aprueba por parte del Consejo Nacional de Educación el programa de un curso destinado a maestras de “retardados pedagógicos, anormales sensoriales débiles, falsos anormales intelectuales y falsos anormales afectivos” (De la Vega, 2004). En 1926 ya existen ciertos cambios en la organización heredada del modelo de funcionamiento de los grandes asilos, al introducir los primeros grados de la enseñanza diferenciada.

A partir de aquí, la Escuela Nueva, la Higiene Mental y el Psicoanálisis comienzan a ofrecer una mirada distinta a la Psiquiatría biologicista sustentada en la hipótesis de la anátomo-patología, lo cual transforma el espacio asilar de esta educación diferenciada, en un ámbito un poco más pedagógico.

De hecho, los trabajos de algunos psiquiatras -como Ciampi en Rosario-, comienzan a verse notablemente influenciados por el Psicoanálisis (Ciampi, 1923, citado por Gentile, 1995), acercándose entonces a las perspectivas de la Psicología Profunda y la Psiquiatría Dinámica.

En 1934, Tobar García integra una comisión para investigar el problema de los “niños deficientes y anormales y proponer las medidas oportunas para resolverlo” (Tobar García, 1945, p. 175). Hacia la misma época, Telma Reca, luego de un período de formación en Estados Unidos con Leo Kanner –pionero norteamericano de la Psiquiatría Infantil-, retorna a Argentina y se instala en Buenos Aires, convirtiéndose en una gran referente de la clínica psiquiátrica infanto-juvenil en el país. A su regreso, sostiene que la Psicología médica y la Psicopatología deben “figurar entre las asignaturas básicas a las que deben dedicarse los alumnos de Medicina, en los dos primeros años de estudio” (Facultad de Ciencias Médicas, 1945, p. 4).

En Rosario se crea en 1938 la Escuela Especial “Sante De Sanctis”, en el barrio de Arroyito, producto del trabajo llevado adelante por la Liga Regional de Higiene Mental. En 1942 se inaugura en Buenos Aires la primera Escuela de Adaptación, luego denominada Escuela Diferencial N° 1; en 1948 (durante la primera presidencia de Perón), se forma una comisión para planificar las Escuelas Especiales y formar al personal docente que se destinaría a ellas, y se organiza un equipo técnico para detectar los alumnos inadaptados. En 1949, se crean tres escuelas -siempre a instancias del despliegue teórico y político-institucional de Tobar García- que se sumaron a las ochenta aulas especiales que funcionaban desde 1930 en la Capital Federal.

Luego de una década de poco avance en este ámbito, comienza a funcionar en 1958 una Escuela Diferencial en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, localidad ubicada a 60 kilómetros de la ciudad de Rosario. Y en 1959, la Dirección Nacional de Sanidad Escolar inaugura el Instituto Experimental del Mogólico (De la Vega, 2004).

Ahora bien, más allá de estos datos históricos, el recorrido de la construcción discursiva del objeto de la debilidad mental -como efecto del abordaje psiquiátrico y médico de los

irreductibles a la disciplina escolar común-, visibiliza las condiciones necesarias para la conformación del ámbito de la Educación Especial. Permite al mismo tiempo reconstruir el modo en que la dimensión psicológica –a través de autores como Freud, Piaget, Montessori- fue introduciéndose cada vez más en los abordajes y las tecnologías médicas, psiquiátricas y pedagógicas. Ello habilita a su vez las condiciones de posibilidad para la formación de la carrera de Psicología y de la figura profesional del psicólogo, en la década de 1950 (siendo la primera de ellas en 1954, en Rosario).

Esta inserción de perspectivas diferentes a la de la Psiquiátrica biologicista en el territorio de la anormalidad, permite también comenzar a ofrecer otras formas plantear la debilidad mental, ahora bajo una perspectiva no ya tan normalizadora.

Una de las líneas que se abre es la de la denominada Psicología Genética (Piaget, Luria, etc.), para la cual la debilidad mental, más que representar una insuficiencia o un déficit parcial, refleja una alteración profunda de las estructuras cognitivas.

Por otro lado, si bien Freud habla ya en 1895 de endeblez psíquica (Freud, 1987) el Psicoanálisis comienza a interrogar esa forma de concebir la debilidad mental –bajo la presunción de etiología orgánica- en la década de 1960. “El concepto de debilidad establecido sobre estas bases implica al menos dos de esos tres criterios establecidos por Esquirol: la fijeza del defecto intelectual durante un período evolutivo y su instalación precoz. El tercero, la incurabilidad, es objeto de controversias (Misès, 2001, p. 172).

De esta manera, comienzan a aparecer trabajos bibliográficos llevados adelante por autores tales como Mannoni (2005), Dolto (1994) y Bruno (1996). Mannoni sostiene, por ejemplo, que ha “llegado a cuestionar la propia noción de debilidad mental [ya que para definirla] no basta recurrir a la déficit intelectual” (Mannoni, 2005, p. 14), incluyendo entonces el factor afectivo – de acuerdo a su visión, descuidado durante años -, en lugar de una orientación basada estrictamente en un factor cuantitativo deficiente.

Luego de ella, Lacan retoma la categoría debilidad mental, pero no para referirla ya al retraso mental, sino al hecho de que el ser parlante no sabe hacer con el saber. De este modo, lejos de sostener la diferencia entre individuos que serían débiles y otros que no, afirma que la diferenciación hay que establecerla entre los locos y los débiles mentales –que englobarían a la gran mayoría de los seres parlantes, incluidos Freud y él mismo-, en tanto todos se encuentran atravesados por el lenguaje (Lacan, 1977).

En Argentina, siguiendo esta segunda línea, Pichón Rivièr y Aberastury, con sus respectivas producciones teóricas y prácticas se convierten en referentes desde sus primeros trabajos. El primero trabajando como médico psiquiatra con grupos como nuevo modo de llevar adelante la reinserción social de los pacientes en el Asilo para Oligofrénicos de Torres y en el Hospicio de las Mercedes. La segunda, desde su consultorio de la Liga Argentina de Higiene Mental en el Hospicio de las Mercedes y la cátedra de Didáctica Asistencial y de Escuelas Diferenciales de la Facultad de Filosofías y Letras de Buenos Aires.

En Rosario, psicólogos como Ovide Menin y Gloria Annoni (ambos doctores en Psicología y Decanos de la Facultad de Psicología), devienen referentes ineludibles en los campos de la Educación y de las patologías de la niñez, respectivamente. A ellos se le pueden sumar, más adelante en el tiempo, a Norberto Boggino (trabajando cuestiones de la Educación), Clemencia Baraldi (quien ha escrito numerosos artículos y libros en relación a la discapacidad mental y el autismo desde la perspectiva de la clínica psicoanalítica), y los ya mencionados Eduardo De la Vega y Horacio Belgich.

En esta línea, ya hacia fines de la década de 1990, cabe mencionar un espacio de trabajo académico actualmente cerrado, en la Facultad de Psicología de la UNR. Se trata de la “Cátedra Libre sobre Discapacidad”, llevada adelante por la Dra. Gloria Annoni, quien era a su vez Profesora Titular por concurso en Paidopsiquiatría y directora de la Escuela Especial “Lanfranco Ciampi”.

Volviendo a los espacios que se van abriendo, hacia la década de 1960, padres vinculados a docentes especializados forman una asociación y crean una Escuela Diferencial en el ámbito privado que recibe el nombre de Defensa Integral de Niños y Adolescentes Diferenciados (DINAD). Otras del mismo tipo surgen en Capital Federal y en

algunas otras ciudades del interior del país, incluida Rosario. Esta última se encuentra todavía activa en la actualidad, contando con alrededor de 120 estudiantes.

Hasta 1972, todos los espacios de la educación diferencial -excepto los de Buenos Aires-, dependen de una suerte de entrecruzamiento de las instituciones Salud y Educación, habiendo ya perdido definitivamente terreno la Institución Iglesia en la asistencia a la anormalidad. Se constituye aquí una nueva figura que de alguna manera sustituye a la del niño débil: es la figura del “niño diferencial” (De la Vega, 2004, p. 97).

En este año, se crea la Dirección Nacional de Enseñanza Diferenciada, en un momento histórico en que se produce en pocos años la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental realizada por la ONU en 1971 y la Declaración de los Derechos de los Impedidos (o Minusválidos, de acuerdo a la traducción), en 1975. El mencionado organismo luego es denominado Dirección Nacional de Educación Especial y disuelta en 1993 con la ya derogada ley 24.521, conocida como de Educación Federal (De la Vega, 2004).

Este pasaje de Enseñanza Diferenciada a Educación Especial se produce en un momento histórico político específico, que comienza en la década de 1970 y continúa en las de 1980 y 1990. Tales transformaciones discursivas y de poder posibilitan una nueva construcción: la del discapacitado (De la Vega, 2009), en sustitución, en este caso, de la del niño diferencial.

Sin embargo, las sucesivas alternaciones de nominaciones y categorías nunca horadaron la binariedad de base presente en la racionalidad de las instituciones Salud y Educación. Ni el novedoso neologismo general de la discapacidad ni el específico de la discapacidad mental, se presentan desconectados del territorio de la anormalidad y de sus lazos con la hipótesis de la patología individual:

La discapacidad mental, tal como aparece definida por el saber psiquiátrico, se caracteriza por la presencia de indicadores objetivos y mensurables de anormalidad. De este modo, situada como la versión malograda y fallida del proceso evolutivo normal, su existencia como categoría es indisociable de su ubicación en el terreno de la patología y su equivalencia con la enfermedad (Lentini, 2007, p. 61).

Así las cosas, la Educación Especial depende hoy del Ministerio de Educación, de acuerdo a la letra de la ley nacional 26.206 -Ley de Educación Nacional-, la cual pretende resaltar “el rol indelegable del Estado en materia educativa” (Nosiglia, 2007, p. 122). Se apuesta así a sostener políticas de denominadas de inclusión. Ello se está acorde a lo planteado en el Informe sobre Necesidades Educativas Especiales realizado por el Comité de Investigación sobre la Educación de Niños y Jóvenes Deficientes en Inglaterra, en 1978 – conocido como el Informe Warnock-, en la Declaración de Salamanca (realizada en el contexto de la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad, organizada por la UNESCO en 1994) y en los postulados del Modelo Social de la discapacidad: priorizar una escuela integradora y mantener la Educación Especial sólo como el último recurso (tendiente a su vez a desaparecer por completo):

La Educación Especial es la modalidad del Sistema Educativo destinada a asegurar el derecho a la educación de las personas con discapacidades, temporales o permanentes, en todos los niveles y modalidades del Sistema. Se rige por el principio de inclusión educativa y brinda atención educativa en todas aquellas problemáticas específicas que no puedan ser abordadas por la educación común (López, 2009, p. 17).

Ahora bien, el diagnóstico clínico requerido para el ingreso en este sistema paralelo de la Educación Especial, o bien para la compleja modalidad de la Educación inclusiva, es producto de una nueva transformación en el discurso psiquiátrico: el relegamiento de la categoría de la debilidad mental por la de *retraso mental*. Éste pasa a ocupar el criterio diagnóstico presente en los manuales psiquiátricos de referencia internacional, tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, 1995), de referencia para clínicos, investigadores, obras sociales, para el ámbito de la salud pública en general,

etc. El objeto retraso mental deviene así un nuevo modo de nominar el anclaje del déficit en el cuerpo individual del niño, y se describe del siguiente modo:

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad [y] tiene diferentes etiologías (p. 41)

A su vez, siempre de acuerdo a la última versión del mencionado manual, su manifestación presenta cuatro modalidades distintas, más una no especificada:

Retraso mental leve: El retraso mental leve es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como «educable». Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 %) de las personas afectadas por el trastorno. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. Durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

Retraso mental moderado: El retraso mental moderado equivale aproximadamente a la categoría pedagógica de «adiestrable». No debería utilizarse este término anticuado, porque implica erróneamente que las personas con retraso mental moderado no pueden beneficiarse de programas pedagógicos. Este grupo constituye alrededor del 10 % de toda la población con retraso mental. La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez. Pueden aprovecharse de una formación laboral y, con supervisión moderada, atender a su propio cuidado personal. También pueden beneficiarse de adiestramiento en habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen más allá de un segundo nivel en materias escolares. Pueden aprender a trasladarse independientemente por lugares que les son familiares. Durante la adolescencia, sus dificultades para reconocer las convenciones sociales pueden interferir las relaciones con otros muchachos o muchachas. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no cualificados o semicualificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general del trabajo. Se adaptan bien a la vida en comunidad, usualmente en instituciones con supervisión.

Retraso mental grave: El grupo de personas con retraso mental grave incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Durante los primeros años de la niñez adquieren un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser adiestrados en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician sólo limitadamente de la enseñanza de materias pre académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la «supervivencia». En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requiera cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

Retraso mental profundo: El grupo afecto de retraso mental profundo incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones

del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisión constantes, así como con una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el cuidado personal pueden mejorar si se les somete a un adiestramiento adecuado. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

Retraso mental, de gravedad no especificada: El diagnóstico de retraso mental, de gravedad no especificada, debe utilizarse cuando exista una clara presunción de retraso mental, pero la persona en cuestión no puede ser evaluada satisfactoriamente mediante los test de inteligencia usuales. Éste puede ser el caso de ciertos niños, adolescentes o adultos con excesivas insuficiencias o falta de cooperación, lo que impide que sean evaluados. También puede ocurrir en el caso de niños que clínicamente son considerados intelectualmente por debajo del promedio, pero en quienes los test disponibles (p. ej., Bayley Scales of Infant Development, Cattell Infant Intelligence Scales, y otras) no proporcionan valores de CI. En general, cuanto menor es la edad, tanto más difícil es evaluar la presencia de retraso mental excepto en los sujetos con afectación profunda (pp. 42-44).

Ahora bien, si el retraso mental sólo puede establecerse en relación a un promedio, si deviene esquivo todo intento de definirlo por sí mismo, ¿qué puede decirse de su inclusión dentro del conjunto de los trastornos mentales? Respecto de este punto, el Manual -tan trascendente para la funcionalidad de las profesionales de la Salud en general y de la Salud Mental en particular- deviene una vez más, esquivo:

A pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto «trastorno mental». El término «trastorno mental», al igual que otros muchos términos en la medicina y en la ciencia, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades (p. XXI).

Más aún, se afirma allí que, si bien existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales, de todos modos cualquier síndrome o patrón “debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica”, [de manera de permitir] “tomar decisiones sobre alteraciones ubicadas entre la normalidad y la patología” (p. XXI).

El retraso mental emerge así como residuo del disciplinamiento inherente a la institucionalización del Sistema Educativo, pero adquiere existencia en tanto problema individual que debe ser abordado por prácticas que aspiran a su rehabilitación, autonomía e inclusión (Psicología, Pedagogía, Psiquiatría, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Trabajo Social, etc.), siempre a través de circuitos exclusivos. De esta manera, al tratarse de prácticas discursivas que abordan el retraso mental como un problema individual, se conforma un entramado inevitablemente basado en la oposición dicotómica y excluyente normal / discapacitado, con todas las implicancias jurídicas y terapéuticas que a partir de ello pueden emerger (Contino, 2012). El problema se inscribe en el cuerpo individual, independientemente de si se habla de anormalidad, debilidad, atraso, deficiencia, retraso, subnormalidad, etc. Y, en consecuencia, se supone que es éste el problema que ocasiona las posteriores complicaciones en la vida cotidiana.

Sólo como ejemplo, tomando la última de las mencionadas categorías, pueden encontrarse afirmaciones tales como “que la subnormalidad provoca limitaciones en todas las facetas de la vida humana es algo tan evidente que no es preciso señalarlo” (Duocastella, 1978, p. 49). Como se afirma más arriba, el posicionamiento denominado *teoría de la tragedia personal* ha desempeñado la función de individualizar los problemas de la discapacidad, dejando intactas las estructuras sociales y económicas (Oliver, 2008). Individualización que se realiza llegado el caso sin la presencia de evidencia orgánica ni mediciones objetivadas a través de test, tal como lo visibiliza el apartado del *retraso mental de gravedad no especificada*. En función del sistema clasificatorio de este manual -al que no le es posible definir claramente y en sí mismo qué es el trastorno mental en general ni qué

es retraso mental en particular-, se garantiza incluso ubicar a un sujeto en el lugar de persona con discapacidad mental, alcanzando para ello solamente con la inferencia de un profesional (Contino, 2012).

De este modo, el retraso mental no sólo se individualiza en el cuerpo de cada sujeto implicado en este diagnóstico, sino que a su vez se objetiva a la manera de un *falso objeto natural* (Veyne, 1984). Se entiende por ello, tal como su nombre lo indica, a un objeto que no estaría dado de por sí en la naturaleza, sino que se evidencian como producto de prácticas discursivas a partir de su problematización. Así, tanto el retraso mental como la discapacidad mental emergen en el atravesamiento de los discursos médico, jurídico, psi, pedagógico, psiquiátrico, religioso; siempre circunscripta a los límites físicos de un individuo. Objetos ante los cuales deviene fundamental controlar en su manifestación, vigiándolos, estudiándolos, desguazándolos, clasificándolos, analizándolos, mensurándolos, ejerciendo sobre ellos ciertas tecnologías de poder y produciendo a partir de su estudio un saber (Contino, 2013a).

La problematización de todo falso objeto natural deviene fundamental para comprender las condiciones de posibilidad que justifican y legitiman su construcción discursiva. Con ello se quiere decir, “definir las condiciones en las que el ser humano ‘problematiza’ lo que es, lo que hace y el mundo en el que vive” (Foucault, 2010b, p. 16), contemplando “la historia o la genealogía de los problemas, el por qué cierto tipo de interrogantes o cierto modo de problematizaciones aparecen en un momento determinado” (Foucault, 1981, p. 4).

En este caso, problematizar el retraso mental permite ver que este falso objeto natural sólo puede emerger en un territorio político que lo hace posible: el de anormalidad. Las tecnologías de poder disciplinarias y biopolíticas toman como blanco tanto el cuerpo individual como el colectivo social de todo un sector de la población, para producir una prolífica sucesión, yuxtaposición y acumulación de diferentes figuras. Figuras que pueden ser irreductibles a algunos de los sistemas disciplinarios emergidos en dicho territorio, lo que obliga a la creación de nuevos circuitos disciplinarios destinados a ellas. Irreductibles que pueden pensarse no como fallas del sistema, sino costo aceptable a pagar si todo se orienta a sostener toda una serie de sistemas disciplinarios en una forma de gubernamentalidad acorde a la racionalidad político-económica del capitalismo.

El retraso mental surge bajo dos procesos, en un mismo movimiento: la pedagogización del niño normal en primer lugar y la terapéutica rehabilitadora del niño anormal, en un segundo. Con este doble proceso se gana un fundamento crucial para circunscribir como un problema individual, ya sea orgánico o mental, cualquier dificultad evidenciada en la Institución Educación en general, y del Sistema Educativo en particular. “La captura y reducción del proceso de aprendizaje a una perspectiva estrictamente individual resulta posible desde hegemonías político-científicas ejercidas en el espacio social de la Educación” sostiene M. Annoni (2004, p. 1).

De esta manera, el objeto retraso mental visibilizado por la lógica binaria inherente a las tecnologías de poder propias de las disciplinas y especificado por las formaciones discursivas concernientes a las instituciones Salud y Educación, emerge en pleno proceso de institucionalización de la Escuela Común.

Los registros de clasificación del signo de lo heterogéneo se producen a partir de un esquema binario de intelección, con ello se diferencia la realidad por lo que se cree bueno en oposición a lo malo, el blanco en oposición a lo negro, el alumno aplicado en oposición al desaplicado (Belgich, 2007, p. 46).

Todo aquello que queda ubicado del lado negativo de la lógica clasificatoria basado en un esquema binario, se presenta como un problema al que se debe dar una respuesta adecuada. Y la estrategia del circuito diferenciado, acorde a la naturaleza supuestamente diferente de quienes portan dicho problema, se instituye como prioritario.

Si bien las estrategias actuales intentan consolidar la escuela inclusiva, la Escuela Especial representa una modalidad que por lo menos por ahora, se muestra difícil de desalojar. Su trayectoria y sus antecedentes -la Escuela Diferencial, la Escuela para

Retrasados, la Escuela para Niños Débiles, y antes de ello, los Hospicios de características asilares- la muestran como un espacio de inserción ineludible para todo un grupo de sujetos que no pueden circular por lo social y por el Sistema Educativo del mismo modo que el resto.

Ahora bien, la rehabilitación se produce con la combinación de elementos tales como el aislamiento en el espacio institucional; medicación estabilizadora cuando sea necesario; coerciones propias de la vida disciplinaria (obediencia y sometimiento a un reglamento y las normativas institucionales); y disposiciones de control y de sanción. Más allá de los cambios de nominación y de la variación de las políticas públicas en las que se inscribe, se encuentra en estos espacios diferenciados mecanismos similares a los que se encontraban en el funcionamiento de los grandes asilos de la Modernidad: “el poder psiquiátrico en estado puro, casi sin reelaboración alguna” (Foucault, 2008c, p. 251).

La especificidad del abordaje de lo concerniente al territorio de la debilidad mental, comienza a presentar de este modo espacios escolares diferenciados destinados a alojar lo irreductible del Sistema Educativo. Se ve habilitado un lento pero sólido proceso de construcción de diversas prácticas para su abordaje, pertenecientes a la *función psi* (Foucault, 2008c): psiquiátricas, fonoaudiológicas, psicológicas, psicopedagógicas, educativas. Es decir, un proceso que bien podría denominarse despsiquiatrización (Foucault, 2008c); esto es, la difusión del poder psiquiátrico fuera de los muros del asilo.

Por último, deviene importante remarcar que la nominación de Escuela para este tipo de espacios dedicados a recibir niños que no pueden transitar de una manera esperable por lo social y por la escolaridad común, invisibiliza la complejidad y la heterogeneidad de su población. Tal como ocurre a principios del siglo XX, actualmente allí no sólo se dirige el retraso mental; con él conviven el fracaso escolar y la pobreza. “Se le están dando certificados de discapacidad mental a chicos que no rinden en la escuela, pero porque son pobres, no porque sean retrasados” sostiene una trabajadora estatal de la Dirección de Inclusión para Personas con Discapacidad. Es decir, se trata de niños que por toda una diversidad de problemáticas sociales, económicas, políticas, alimenticias, etc. no se encuentran en condiciones de responder a los rituales de la Escuela Común.

Esta forma de describir el nacimiento del retraso mental y de la Escuela Especial, permite también inferir que la secuencia de irreductibilidad a partir del disciplinamiento de la escolaridad común no podría detenerse con el surgimiento de la figura del niño débil y de los espacios para abordarlo, sino que continua sin límites mientras el esquema disciplinario y la lógica clasificatoria comanden la complejidad del entramado social. Foucault sostiene; “como hay débiles mentales, es decir, gente irreductible a la disciplina escolar, se van a crear escuelas para ellos, y luego escuelas para quienes son irreductibles a las escuelas destinadas a los débiles mentales” (Foucault, 2008c, p. 76).

En Argentina, esto se ve con el surgimiento de los Centros de Día, los Centros Educativos Terapéuticos, Residencias, Hogares, Pequeños hogares, etc.; a partir de la década de 1990 con la sanción de la ley nacional 24.901 (cuestión que será retomada más adelante).

Ello se produce sólo a partir de que el retraso mental establece lazos con una nueva categoría, un neologismo denominado discapacidad, hacia la década de 1970. Con ellos nace la figura de la discapacidad mental, una vez que el retraso mental deje de ser considerado como un problema específico y aislado, y comience a ser ubicado en una serie junto con otras problemáticas concebidas como deficiencias, como sólo una más de toda una multiplicidad de clasificaciones en las cuales se materializaría la discapacidad.

2.4. El nacimiento de la discapacidad y el recorte de la discapacidad mental

En el recorrido desplegado hasta aquí pueden destacarse dos acontecimientos precisos que funcionan como punto de trastocamiento al orden social y cultural vigente, permitiendo el nacimiento de la discapacidad y de la discapacidad mental.

El primer acontecimiento en la historia de la discapacidad y de la discapacidad mental está constituido por un proceso que habilita a un reacomodamiento de las tecnologías de poder destinadas a la regulación de la población. Se trata de un movimiento histórico y político producido entre mediados y fines del siglo XIX: el nacimiento de la figura del anormal, a partir de la cual se va delimitando la construcción política de la categoría de la normalidad, que lleva a organizar políticamente toda la sociedad en función de lo que empieza a definirse como Norma. La Norma deviene así un parámetro incuestionable que traza una línea demarcatoria cuyo funcionamiento promueve una exigencia clasificatoria trascendental para cada individuo de la sociedad: o se está dentro de sus parámetros, o se está por fuera. No se puede no estar en ninguno de los dos espacios; así como tampoco se puede estar en los dos.

A su vez, lo anormal queda prioritariamente vinculado al terreno de lo patológico. Es esta primera bipartición entre lo normal y lo patológico aquello que habilita a toda una serie de discursos sociales a enunciar y operar sobre lo que hay que abordar, tratar, curar, rehabilitar; en una palabra: normalizar. Se trata de un acontecimiento en el campo del saber, en tanto refiere a un proceso por el cual el sujeto sufre una modificación por aquello mismo que conoce durante el trabajo realizado para conocerlo (Foucault, 2013b). Por supuesto, este acontecimiento que funciona como una piedra angular para el surgimiento de la discapacidad y de la discapacidad mental, no podría haberse producido sin ese otro gran acontecimiento previo que constituye “la aparición del hombre” (Foucault, 2011, p. 331); es decir, ese movimiento a partir del cual el hombre en tanto individuo se recorta como una figura objetivable, y adviene objeto de estudio de ciertas ciencias y campos de saber.

El segundo acontecimiento se presenta en el período que se extiende desde fines del siglo XIX a comienzos del siglo XX, de la mano de la institucionalización del Sistema Educativo Común y de la psiquiatrización del niño: es la producción discursiva de los objetos psiquiátricos denominados debilidad mental, retardo mental, retraso mental. La necesidad estatal de ofrecer una respuesta gubernamental a quienes no cumplan con los parámetros exigidos por la materialización del dispositivo escolar, genera como producto el denominado *irreductible* al Sistema Educativo. Aquellos que no logran transitar sin dificultades este ámbito, rápidamente adquieren la nominación de retardados o débiles mentales -en un primer momento-, o bien de retrasados mentales, más adelante.

Se trata en este caso de un acontecimiento que genera una serie de procedimientos de control al interior del discurso psiquiátrico, que habilitan a una especificidad de pretensión científica para la figura del retraso mental. A su vez, la especificación de este objeto discursivo habilita a otros discursos a continuar su indagación (psi, pedagógico, médico, etc.), mediado por el nacimiento de la función psi, al producirse la difusión del poder psiquiátrico fuera de los muros del asilo y la medicalización de la sociedad (Foucault, 2008a y 2008c). A su vez, tal proceso sólo puede producirse sobre el trasfondo de la bipartición dicotómica normal / anormal, por las prácticas divisorias que producen, legitiman y profundizan tal binarismo. Este aspecto pone en serie aquel primer acontecimiento con este último.

Por lo tanto, la construcción del objeto retraso mental puede ser pensado como un acontecimiento en el campo del conocimiento, en tanto se demuestra habilitador a la hora de “multiplicar los objetos cognoscibles, desarrollar su inteligibilidad, comprender su racionalidad, pero sin dejar de mantener intacta la fijeza del sujeto que indaga” (Foucault, 2013b, p. 52).

Un tercer acontecimiento fundamental que puede ser concebido en esta historización como condición de posibilidad para el surgimiento de la discapacidad mental, se ubica en el acto histórico que representa la Declaración de los Derechos Humanos en 1945.

Se trata de un acontecimiento que en este caso se vincula con lo discursivo, pero también con lo que concierne a las relaciones de poder, en tanto habilita a toda una transformación en relación a las prácticas, tácticas, estrategias, etc. Abre por un lado a toda una serie de nuevas prohibiciones y restricciones; y por otro, a inéditas posibilidades y obligaciones en términos jurídicos, médicos, psicológicos, pedagógicos, y por ende, también políticos.

El entrecruzamiento que articula los discursos psi, médico, psiquiátrico, pedagógico, etc., gestado en su momento para abordar lo anormal, se verá afectado ahora por lo que en el interior del discurso jurídico se denomina *cambio de paradigma*, esto es, un nuevo posicionamiento respecto de las reglas propias de producción de enunciados.

Se produce entonces un movimiento discursivo que afecta la manera de concebir al ser humano, afirmándose a partir de esta Declaración el derecho de todas las personas, sin distinción alguna, al matrimonio, a la propiedad, a igual acceso a los servicios públicos, a la seguridad social y a la realización de los derechos económicos, sociales y culturales. Tanto los Derechos Humanos como los Derechos Civiles tienen ahora algo que decir en relación a los impedidos, a los minusválidos, a los deficientes, a los niños, a los locos, etc.

A partir de este movimiento, comienzan a darse en relación a distintas problemáticas y ámbitos de trabajo procesos que duran años, décadas o que incluso todavía están en pleno trabajo de transformación.

Respecto específicamente de lo que implica la historia de la discapacidad, cabe referir que hacia esta misma época –fines de la década de 1940-, los soldados sobrevivientes de la Segunda Guerra Mundial –en especial en Estados Unidos e Inglaterra- comienzan a reclamar que el Estado cargue con los costos de los onerosos tratamientos rehabilitadores de las terribles secuelas físicas y mentales producidas por los combates, como así también de las prótesis, sillas de ruedas, muletas y demás elementos que se necesitarían de por vida.

Al acceder los Estados a estos pedidos, diversas agrupaciones atravesadas por otras problemáticas –de sordos, de ciegos, etc.- se disponen a sostener idénticos reclamos, ya no por ser veteranos de guerra sino simplemente por ciudadanos con derechos humanos y civiles. “Los héroes de guerra (...) instituyeron un nuevo lugar social para un grupo de actores que siempre habían existido” (Aznar & González Castañón, 2008, p. 20). De este modo, toda una serie de organizaciones que hasta este momento se mantienen aisladas y desconectadas entre sí –sencillamente por encontrarse afectados por problemas distintos-, se encuentran en posición de reclamar las mismas cuestiones. Ello habilita a una nueva lectura de sus complicaciones: ahora comienza a visualizarse aquello que los afecta no como enfermedades diferentes que afectan distintas zonas o funciones de cuerpo. El paradigma de los Derechos Humanos habilita a un haz de luces que deja en evidencia que todos ellos se encuentran atravesados por una misma problemática: no poder habitar y transitar lo social del mismo modo que el resto, y por lo tanto, tener que cargar de manera individual con la responsabilidad de concretar la solución de lo que en este momento es visto como un problema que afecta a cada uno.

Así las cosas, tanto en Estados Unidos como en Inglaterra, algunos grupos van tomando la iniciativa para impulsar sus propios cambios. En el caso del país norteamericano, cambios referidos al excluyente ámbito educativo, y en el de Europa, reclamando la desinstitucionalización, es decir, el cese de prácticas segregativas, medicalizadas y de rehabilitación, consideradas degradantes, y llevadas adelante a través de diversas leyes en nombre de la normalización (French & Swain, 2008).

No se trata del primer intento de sujetos en situación de discapacidad para cambiar su situación, ya que existen algunos antecedentes previos de activismo político a fines del siglo XIX (Campbell & Oliver, 1996; Longmore & Umansky, 2000), principalmente bajo la forma de agrupaciones con objetivos radicales (aunque sin la fuerza necesaria para lograr trascendencia), como por ejemplo el Sindicato Británico de Personas con Ceguera (League of the Blind), en 1899 (French & Swain, 2008). Pero sí se trata de movimientos que surgen bajo una premisa novedosa: la afirmación de que las leyes civiles de inclusión no producirán cambios sustanciales, ya que, al conformarse de acuerdo a bases individualistas, se ignoran cuestiones económicas y de poder. Además, “las realidades micro y macroeconómicas del capitalismo impiden de manera directa que las personas con discapacidad obtengan un empleo y perpetúan una sociedad que genera discapacidad” (Russel, 2008, p. 245).

Comienzan a ubicarse por primera vez en primer plano las barreras sociales, ambientales y arquitectónicas, la falta de adaptación de los medios de transporte, las actitudes discriminatorias, los estereotipos culturales, etc. De este modo, a través de la

participación política de individuos implicados en problemáticas relativas a las limitaciones, impedimentos, deficiencias, etc., se produce un cambio tendiente a reivindicar los derechos civiles.

Este proceso dio origen en Estados Unidos al denominado Movimiento de Vida Independiente (MVI), caracterizado principalmente por defender el derecho a definir las necesidades propias y los servicios prioritarios, en lugar de continuar sosteniendo la modalidad tradicional que proponen los proveedores de servicios. “Vida independiente significa garantizar la oportunidad de tomar decisiones que afectan la propia vida, y ser capaz de realizar actividades por propia elección, no necesariamente vivir solo” (Aznar & González Castañón, 2008, p. 63). En consecuencia, “esto acentuó –entre otras cuestiones- los derechos civiles, el apoyo mutuo, la desmedicalización y la desinstitucionalización” (Ferreira & REDI, 2012, p. 71).

Este movimiento nace en el histórico momento en Ed Roberts -un joven que se desplazaba en silla de ruedas-, exige ser aceptado en la Universidad de California, Berkeley, a pesar de que el modelo rehabilitador de la época había prescrito que no le sería posible aspirar a ciertos proyectos de vida, tales como casarse, obtener un empleo o asistir a una universidad. Cabe volver a mencionar que el modelo rehabilitador inherente al Modelo Médico-Individual -que se encuentra presente en los abordajes y las políticas públicas de manera hegemónica en esta parte del siglo XX-, se caracteriza por una actitud paternalista, basado en el asistencialismo, orientado a normalizar a los individuos que presenten algún impedimento, favoreciendo la dependencia del saber médico, de los grupos familiares o de su institucionalización en establecimientos específicos (Ferreira & REDI, 2012). Desde este modelo, “es evidente que el peso de la responsabilidad recae directamente en los hombros de la persona que sufre la insuficiencia” (Oliver, 1998, p. 36), en tanto debe aceptarla, cooperar con los profesionales, adaptarse hasta donde se pueda y aprender a vivir con esta situación.

Su lucha le posibilita ser aceptado para estudiar en la mencionada Universidad, pero habitando en el sector de Enfermería. Ser recibido en el Campus juntos con el resto de los estudiantes se muestra imposible por la falta de accesibilidad de las instalaciones arquitectónicas. Sin embargo, a partir de su insistencia, logra que la estructura edilicia sea modificada para recibirlo junto al resto de sus compañeros, ya que según sostiene, él no está enfermo como para cursar desde el sector de Enfermería.

Su postura intransigente a la hora de estudiar en la unidad académica elegida de acuerdo a sus intereses, motiva a un número cada vez más creciente de pedidos de la misma naturaleza tanto en la misma universidad como en otras. El grupo de estudiantes con movilidad reducida que comienza a ocupar las universidades produce entonces un viraje crucial en la historia de la discapacidad: manifiestan que al encontrarse tan sanos como el resto de los estudiantes, no aceptarían ser alojados en la enfermería, en tanto eso los obliga a sostener una especie de doble rol: estudiantes de día y enfermos de noche.

Se produce así el primer paso orientado a despegar una característica personal –considerada limitación funcional- de la impronta patológica que el Modelo Médico rehabilitador le otorga en esta época. Una vez graduados, el mismo grupo que en sus épocas de estudiantes han luchado para transformar las condiciones de circulación y participación en el interior de la universidad, extiende sus pretensiones de transformación hacia la comunidad misma de Berkeley, creando estructuras comunitarias basadas en la autonomía y la dignidad de los sujetos. Nace así el primer Centro de Vida Independiente, inaugurado en 1972, dirigido por sujetos en situación de discapacidad, diferenciados de lo ya existente por el hecho inédito de abordar sus problemas personales como cuestiones sociales, sosteniendo siempre el objetivo final de la integración en la comunidad (Ferreira & REDI, 2012).

Ahora bien, algunos activistas en situación de discapacidad, especialmente en Gran Bretaña han propuesto el término vida integrada o inclusiva en lugar de la expresión “vida independiente”, en tanto reconocen que los humanos son por definición seres “sociales” y que no es posible no ser interdependientes, por lo que sería inconcebible una vida verdaderamente independiente (García Alonso, 2003). La independencia sugiere que el

individuo no necesita asistencia de nadie más y ello refuerza el individualismo competitivo imperante. Sin embargo, el concepto de independencia que sugieren desde el movimiento lo hacen diferenciándose del modo en que es utilizado en general por los profesionales. Para estos últimos la independencia está en íntima relación con el autovalimiento y se refiere a poder realizar las actividades de autocuidado por sí mismas (bañarse, vestirse, cocinar, comer, etc.). Para los sujetos en situación de discapacidad, la independencia es considerada como la capacidad de tomar las decisiones sobre la propia vida y contar con el apoyo para llevarlas adelante (Palacios, 2008). De este modo, el Movimiento de Vida Independiente plantea que la asistencia personal es una cuestión de Derechos Humanos porque favorece la igualdad de oportunidades.

El Movimiento de Vida Independiente se constituye así como una alternativa a la vida en establecimientos, aprendiendo a partir de su propia experiencia la manera actuar y desafiando “la opresión y la segregación institucional y la ausencia de derechos básicos tales como la accesibilidad, el empleo igualitario, la vivienda y el transporte” (Hayasi & Okuhira, 2006, p. 239).

A partir del MVI -formado en sus inicios casi exclusivamente por sujetos en situación de discapacidad física y sensorial- surge la Organización Mundial de Personas con Discapacidad, buscando oponerse ideológicamente a la poderosa organización denominada Rehabilitación Internacional, cuyo rol respecto de los profesionales se muestra en este momento histórico indudablemente hegemónico.

Simultáneamente en Europa (principalmente en el Reino Unido), un grupo de activistas conformado en su mayoría por profesionales de la Sociología y la Psicología, van abogando por un cambio paradigmático respecto del modo en que se conciben y se abordan las limitaciones funcionales de los individuos. Nace a partir de sus ideas y cuestionamientos la Unión de Personas con Discapacidad Física contra la Segregación (UPIAS por sus siglas en inglés). Esta organización hace su aparición pública en 1974 mediante un comunicado conformado por un conjunto de ideas. Su título es *Principios Fundamentales de la Discapacidad* y se basa en una histórica diferenciación entre la noción de deficiencia y la de discapacidad (UPIAS, 1974). El documento aboga fundamentalmente en la exigencia de que las legislaciones protejan los derechos humanos de los sujetos en situación de discapacidad, proponiendo la igualdad de oportunidades a través de políticas específicas.

Las ideas retomadas, ampliadas y profundizadas de este documento dan origen –de mano del sociólogo Mike Oliver-, al denominado Modelo Social de la discapacidad. Tanto en Inglaterra como en otros países fue nucleando cada vez más académicos orientados a realizar aportes a este modelo que se encuentra todavía en construcción:

Por el momento no tenemos una teoría social de la discapacidad. Las políticas sociales en general e incluso aquellos escritores que le prestaron atención puntualmente a la discapacidad aún no se liberaron de las cadenas de la “teoría de la tragedia personal”. Sin embargo, en el transcurso de los últimos años [el escrito data de 1984] la conciencia y la confianza en sí mismas de las personas con discapacidad creció muchísimo, lo que se expresó tanto en términos de la creación y establecimientos de sus propias organizaciones como en los intentos de elaborar su propia visión de la discapacidad (Oliver, 2008, p. 27).

Se visibiliza entonces que la mirada médica pone el foco exclusivamente en una interpretación exclusivamente patológica de lo que implica cada limitación funcional, describiendo esta postura como teoría de la tragedia personal. La principal denuncia del Modelo Social de la discapacidad se ubica en torno a la dimensión política de la teoría de la tragedia personal inherente al Modelo Médico-Individual y a su lógica rehabilitadora. Sostiene que la discapacidad no se debe a los impedimentos personales, sino a las relaciones sociales conformadas en el marco de las sociedades capitalistas, por lo que no se pretende de los Estados que se hagan responsables de su atención, sino que se asuman culpables en primer lugar de haberla creado (Shakespeare, 2008).

Los movimientos sociales del MVI y del UPIAS primero y el modelo Social de la Discapacidad luego, promueven que los sujetos en situación de discapacidad tomen el

control de sus propias vidas. Pero también analizan las razones de lo que ellos plantean como exclusión y opresión social.

Por el concepto de opresión se entiende desde esta mirada, a las “diferencias esenciales entre sus vidas y las de aquellos que pertenecen a otros sectores de la sociedad, incluidos los que sufren otros tipos de opresión” (Abberley, 2008, p. 37). A su vez, se pone en evidencia que, a pesar de tratarse de una cuestión ideológica, el hecho de que este tipo de opresión se coloque bajo un fundamento biológico, constituye un obstáculo significativo a la hora del cambio de concepción entre los propios sujetos en situación de discapacidad.

A través de la misma lógica de indagación que detecta diferencias y discriminaciones respecto de otras minorías – ya sean sexuales (como las mujeres y los gays), étnicas (como las personas de color o los latinos en Estados Unidos), etarias (adultos mayores), etc.-, se pone en evidencia ahora que los sujetos que presentan una deficiencia también se encuentran en situación de desventaja social respecto del resto.

Asimismo, la difusión de la filosofía del MVI, de sus adaptaciones británicas denominadas Movimientos de Vida Integrada o de Vida Inclusiva y de sus réplicas en países como Suecia, Canadá, España, etc., promueve cambios en la legislación vigente. Se logra así por ejemplo el reconocimiento explícito de los derechos constitucionales y civiles de los sujetos en situación de discapacidad y la prohibición de la discriminación en las políticas públicas y en programas financiados por el Estado. Las principales modalidades de lucha fueron las vías burocráticas primero, pero una vez agotada dicha instancia, las sentadas, las acciones directas, la resistencia pacífica, el boicot, los bloqueos y las marchas, después (Shakespeare, 2008). Es decir, se apuesta a la visibilización de la situación a la que se encuentran sometidos desde hace tiempo convirtiendo “desgracias privadas en injusticias públicas” (Shakespeare, 2008, p. 73).

De este modo, al promover un fuerte y profundo deslizamiento de la idea de problema personal a la de asunto público (Borsay, 2008), se denuncia que la lectura que impone concebir la discapacidad como problemas patológicos individuales y aleatorios, representa en realidad un modo de opresión social que condena a una enorme dificultad al conjunto de la población que se ve afectado por dicha concepción (Abberley, 2008).

Debe recordarse que la tragedia de la teoría personal en sí misma desempeñó una función ideológica particular. Al igual que la teoría del déficit para explicar el bajo rendimiento académico o la enfermedad para explicar el comportamiento criminal, al igual que la debilidad de carácter como explicación de la pobreza y el desempleo y, al igual que todas las teorías en que se culpa a la víctima, la teoría de la tragedia personal sirvió para individualizar los problemas de la discapacidad y así dejar intactas las estructuras sociales y económicas (Oliver, 2008, p. 31).

A través de este tipo de luchas, demandas, estudios e investigaciones generan entonces las condiciones de posibilidad para que emerja una nueva manera de concebir la problemática de quienes presentan alguna forma de déficit ahora ya sin distinguir qué limitación física, sensorial, motriz o visceral los atraviesa.

De esta manera, durante el transcurso de estos procesos, entre la década de 1960 y la de 1970 se concreta la construcción de la categoría *disability* –en su idioma original, inglés– modalidad nominal que logra agrupar a cualquier minusválido, deficiente, limitado, impedido, etc., independientemente de su rasgo individual. Se supone también que esta nueva forma de nominación no ofende la integridad y la dignidad de este sector de la población.

La palabra *disability* está compuesta de dos términos, en los que se distinguen sendas partes o sentidos, complementarios entre sí. Por un lado, se encuentra el término “dis” que viene del griego “dys” y significa “mal, dificultad o anomalía”, por lo que aporta un sentido negativo, de privación, de que algo no funciona bien. Por otro lado, está la palabra “ability”, que se traduce por “habilidad o capacidad”, en el sentido de la “aptitud, talento o cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo” (Del Águila Umeres, 2007, p. 34).

Esta categoría es rápidamente tomada por otros países, otros movimientos, y otros idiomas. Es entonces traducida al castellano con el neologismo discapacidad, logrando que

a pedido del Servicio Nacional de Rehabilitación, la Academia Argentina de Letras la proponga en 1972 como palabra aceptada:

Si los especialistas del Servicio Nacional de Rehabilitación proponen usar *discapacitado* en lugar de *lisiado*, es bueno escuchar sus argumentos, que se basan en una filosofía total del concepto de rehabilitación. (...)

Los especialistas de dicha entidad han comenzado a emplear el neologismo discapacitado para referirse a las personas afectadas por cualquier tipo de incapacidad. Se trató así de los discapacitados del aparato locomotor, de los discapacitados sensoriales y del lenguaje, de los discapacitados viscerales, todo ello dentro de un rubro general que se tituló "Integración social del discapacitado". (...)

Conviene aclarar que el neologismo discapacitado está bien constituido en cuanto a los elementos que lo forman. *Capacitar* es una palabra que ya figura en el Diccionario de la Academia Española, con la siguiente definición, muy apropiada a los fines que persiguen los especialistas del Servicio Nacional de Rehabilitación: "Hacer a uno apto, habilitarlo para alguna cosa". El cuanto al prefijo *dis*, es un elemento que entra con abundancia en la formación de vocablos técnicos, sobre todo médicos (...). Sugiere la idea de anomalía y no implica algo totalmente negativo, pues incluso hay discapacitados por superioridad o exceso, como los superdotados, que a menudo requieren un tratamiento para su adaptación, sin que por ello se los llame lisiados.

No puede negarse que la palabra lisiado está ya cargada inevitablemente de una connotación negativa para el enfermo y para la sociedad en que éste vive. El término *discapacitado*, en cambio, procura sugerir que si el individuo está limitado en algún aspecto, lo importante es subrayar aquello en que no lo está. En otros términos, alude a una situación diferente en cuanto a las posibilidades de integración del individuo en la sociedad. En suma, las demás palabras que suelen usarse (*inválido*, *lisiado*, *disminuido*) implican la negación de algo; *discapacitado* sugiere sólo una diferencia. El discapacitado es un individuo potencialmente apto; puede tener en determinados aspectos, capacidad menor, igual e incluso mayor que otros individuos.

En vista de que el neologismo propuesto va más allá de un problema lingüístico –aunque su estructura en este caso no ofrece tampoco objeciones–, para alcanzar todos los aspectos humanos que implica la reincorporación de un ser a la sociedad en que vive, la Academia Argentina de Letras entiende que una cuestión de tal magnitud no puede sacrificarse al hecho de que dicho neologismo resulte todavía un tanto insólito (lo cual es a menudo sólo una cuestión de hábito), y decide en principio aceptarlo. Para adoptar una resolución definitiva considera conveniente esperar la difusión futura del término, aunque éste cuenta ya con el apoyo de los hombres de ciencia que han de usarlo (AAL, 1972, p. 102).

Luego de observar el modo en que se utiliza socialmente y se difunde a través de los especialistas, cinco años más tarde, en 1977, se ratifica su aceptación en los siguientes términos:

Transcurridos cinco años a partir de aquel dictamen, esta Academia recibe una nueva consulta del organismo ahora llamado "Dirección Nacional de Rehabilitación" (...). Como en los cinco años transcurridos ha podido verificarse que el uso del término se ha afianzado, sobre todo entre los especialistas –quienes siguen considerándolo necesario, como lo prueba la misma consulta–, esta Academia considera definitivamente aceptado el empleo de la palabra *discapacitado* (AAL, 1977, p. 121).

Se logra de este modo una nominación política que sirve para agrupar y nominar a todo un sector de la población portadores de ciertos estados en los que la distancia respecto de los parámetros de normalidad vigentes en la época actual, le dificultan o impiden una participación y circulación social similar a la del resto de la población. El neologismo discapacidad es primero utilizado por estos movimientos marginales a las instancias oficiales y estatales, siendo incluida recién en la década de 1970 en algunas legislaciones nacionales y en la de 1980 por los organismos internacionales (OMS, ONU). La intención de estos organismos al adoptar la terminología surgida desde movimientos de acción política marginales respecto de instancias estatales u oficiales, es la de adherir a la posición de

superación respecto de un modelo exclusivamente rehabilitador, incluyendo los aspectos discapacitantes de la sociedad:

Las palabras “discapacidad” y “minusvalía” se utilizaban a menudo de manera poco clara y confusa, lo que era perjudicial para las medidas normativas y la acción política. La terminología reflejaba un enfoque médico y de diagnóstico que hacía caso omiso de las imperfecciones y deficiencias de la sociedad circundante. (...) La terminología actual reconoce la necesidad de tener en cuenta no sólo las necesidades individuales (como rehabilitación y recursos técnicos auxiliares), sino también las deficiencias de la sociedad (diversos obstáculos a la participación) (ONU, 1993, p. 21) (las comillas son del documento original).

Sin embargo, comienzan a surgir las contradicciones esperables a una suerte de coexistencia de ambos modelos (el Médico-Individual y el Social), ya que para la ONU, en la década de 1990, la categoría discapacidad continúa siendo utilizada para agrupar limitaciones funcionales de naturaleza patológica.

Con la palabra “discapacidad” se resume un gran número de limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental (ONU, 1993, p. 20) (las comillas son del documento original).

De todos modos, es destacable que a partir de estos movimientos políticos mencionados más arriba, surgidos mediante luchas asiladas en relación a diversos derechos civiles específicos –trabajo, salud, educación, subsidios de desempleo, pensiones, facilidades en el transporte, de acceso a la cultura, etc.-, se halla ido logrando toda una reformulación en las estrategias legislativa y de políticas públicas respecto de la problemática de la discapacidad. Específicamente, se abren a partir de ello dos vías de transformación. Por un lado, la necesidad de nuevas Declaraciones por parte de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, destinadas a especificar de un modo cada vez más detallado y preciso los derechos de los individuos atravesados por esta problemática. Por otro, transformaciones en lo más general de la vida de los sujetos en situación de discapacidad: aquello que concierne a la autonomía y al modo de transitar lo social.

Entre la primera de esta serie de transformaciones puede mencionarse la Declaración de la ONU sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social de 1969, en la cual se proclama la necesidad de proteger los derechos de los individuos física y mentalmente menos favorecidos y asegurar su bienestar y rehabilitación. Se pretende garantizar así a todos, el derecho a trabajar y la oportunidad de realizar un trabajo útil y productivo. Sumada a ella, la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental elaborada por la ONU en 1971, en la que su cuarto artículo especifica que “de ser posible (...) el deficiente mental debe participar en las distintas formas de vida de la comunidad”.

Por su parte, en la Declaración de los Derechos de los Minusválidos (traducido a veces como de los Impedidos), del año 1975 -también de la ONU-, se especifica en el punto III, que “los minusválidos tienen derecho a una vida satisfactoria, tan normal y plena como sea posible”. También se postula allí, en la misma Declaración pero en el artículo VI, que “las personas con minusvalía tienen derecho a tratamiento médico, psicológico y funcional, incluyendo aparatos ortopédicos, rehabilitación, asistencia, asesoramiento, servicios de colaboración y otros que les permitan desarrollar al máximo su talento artesano o profesional y acelerar el proceso de integración o reintegración social”. También se aclara que tienen derecho a conseguir y conservar un trabajo o una labor útil, productiva y remunerada. Sin embargo, se explicita en su primer artículo que “se entiende por persona con minusvalía a toda persona incapaz de atender por sí sola, total o parcialmente, a las necesidades de su vida individual y/o social normal como consecuencia de una deficiencia, congénita o no, en sus capacidades físicas o mentales”.

De una manera inequívoca, la minusvalía se ubica aquí en el plano del individuo, como sinónimo de deficiencia y como causa de incapacidad, manteniendo en coexistencia un modo pensar la discapacidad como un problema ligado a lo patológico, junto a otro modo que recomienda transformaciones en lo social.

Las presiones ejercidas por las diversas agrupaciones no gubernamentales conformadas por sujetos en situación de discapacidad, así como la existencia de instancias mucho más organizadas y politizadas tales como el MVI, el Modelo Social y la Organización Mundial de Personas con Discapacidad, incide notablemente en el hecho de que la ONU declare 1981, como el Año Mundial de los Impedidos por la ONU.

Sin embargo, la resistencia a utilizar una categoría que proviene de la propia comunidad -discapacidad- parece lograr que no sea utilizada sino hasta un año después, el 3 de diciembre de 1982, con la elaboración del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. Se espera de acuerdo a sus postulados que con su aplicación se construyan estrategias a largo plazo integradas en las políticas nacionales en relación a tres esferas: al desarrollo socioeconómico, por un lado, y a la prevención, por otro (que incluirían el desarrollo y la utilización de tecnologías para prevenir la discapacidad) y en la elaboración de legislación tendiente a eliminar la discriminación en el acceso a los servicios, la seguridad social, la educación y el empleo, por último. A nivel internacional, se pidió a los gobiernos que colaboraran entre sí, con las Naciones Unidas y con las organizaciones no gubernamentales (ONU, s.f.).

Se trata entonces de una estrategia global para mejorar la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la igualdad de oportunidades, buscando la plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo nacional, [subrayando] la necesidad de abordar la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos (ONU, 1982). A su vez, se deja en evidencia una vinculación que comienza a devenir innegable en las conclusiones de todo estudio epidemiológico llevado a cabo por instancias internacionales, la que puede establecerse entre discapacidad y pobreza:

la relación entre incapacitación y pobreza ha quedado claramente demostrada. Si bien el riesgo de deficiencia es mucho mayor entre los pobres, también es cierto lo contrario. El nacimiento de un niño deficiente o el hecho de que una persona de la familia se incapacite suele imponer una pesada carga a los limitados recursos de la familia y afecta a su moral, sumiéndola aún más en la pobreza. La suma de esos factores hace que la proporción de impedidos sea más alta en los estratos más pobres de la sociedad (ONU, 1982)

Respecto del modo en que utiliza las categorías, en dicho Informe se habla de las deficiencias y las incapacidades de los impedidos, describiendo siempre en términos individuales toda lectura de la discapacidad.

En síntesis, el mencionado Programa conjuntamente con la declaración del Año Internacional, inauguran una nueva etapa en la historia de la discapacidad, etapa en la que desde los organismos internacionales se trata de definir la discapacidad como la relación entre los individuos con alguna deficiencia y su entorno (por lo menos en lo teórico). Sin lugar a dudas, se trata de un proceso que no podría haberse dado sin que toda una serie de organizaciones no gubernamentales, conformadas en su mayoría por sujetos en situación de discapacidad, no se hubiesen implicado autónoma y políticamente en la propia problemática que los atraviesa. Producto de estas luchas llevadas adelante en lo público, se reconoce más claramente –casi dos décadas después de que se comenzaran este tipo de reclamos colectivos- el imperativo de situar en lo social, obstáculos e impedimentos para que los sujetos en situación de discapacidad cuenten con las mismas posibilidades de participación que el resto de la población.

Por otro lado, el término deficiencia intelectual es propuesto por la OMS en 1980 en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDIM). Este sistema clasificatorio es pensado inicialmente para servir de complemento al manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, de Enfermedades, Traumatismos y

Causas de Defunción (CIE). En él, se entiende por deficiencia, a “toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”.

Por su parte, la discapacidad representa “toda disminución (restricción) o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro de un margen que se considera normal para un ser humano”.

Por último, se plantea que la minusvalía es “la situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un papel normal en función de la edad, y del sexo”.

Este sistema nomenclador es muy criticado por organizaciones conformadas por sujetos en situación de discapacidad, en función del marco teórico a partir del cual es elaborado. Se ve claramente en él un predominio del abordaje centrado en la deficiencia, dada la escasa inclusión de aspectos sociales, y además, porque la discapacidad aparece ubicada en el nivel personal, centrada en el individuo. Esto lleva a un proceso de revisión que dura más de dos décadas en la que intenta elaborarse en una primera instancia algunas nuevas versiones del manual, las Alfa-1, Beta-1 y Beta-2 (que llegan incluso a anexarse a la primera versión y/o a circular para su debate), pero que finalmente deriva en la conformación de un nuevo sistema clasificatorio.

Es así que en 2001 la OMS elabora la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (conocida por las siglas CIF). Propone crear un lenguaje unificado y estandarizado de referencia para describir el funcionamiento humano y la discapacidad como elemento de salud, tendiente a incluir el contexto social.

Se entiende aquí por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales, que ocasionan limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se sostiene la categoría discapacidad (con una leve modificación), pero ahora comienza a hablarse de discapacidad respecto de lo mental, presentándose lo intelectual como una de las funciones de lo mental.

Otra de las vías abiertas por los propios sujetos en situación de discapacidad que llevan a ciertas modificaciones en su modo de transitar lo social, es la que concierne a los dispositivos educativos.

Ejemplo de ello es el denominado Informe Warnock de 1978, referido a la Educación Especial. Éste deriva del trabajo llevado adelante desde su fundación en 1974, por el *Comité de Investigación para estudiar las prestaciones educativas en favor de los niños y jóvenes con deficiencias en Inglaterra, Escocia y Gales*, en cuya última reunión se presenta al público el mencionado documento. En él se propone sostener una serie de principios que esperan generar un conjunto de transformaciones respecto de la accesibilidad en materia de educación. Se plantea que si la educación es un bien al que todos tienen derecho y sus fines son los mismos para todos, ningún niño debe ser considerado ineducable. Se sostiene entonces que la Educación Especial debe satisfacer las necesidades educativas de cualquier niño, en tanto todo niño tiene necesidades especiales.

La idea es por lo tanto que no existan ya dos grupos de alumnos, los deficientes que reciben Educación Especial y los no deficientes que reciben simplemente educación. Esto genera una implicancia novedosa: las prestaciones educativas especiales deben poseer un carácter adicional o suplementario y no alternativo o paralelo. Por lo tanto, los niños no deben ser clasificados de acuerdo con sus deficiencias sino según sus necesidades especiales (Warnock, 1979).

Por otro lado, si bien sostiene la razón de existir de las Escuelas Especiales, de todos modos, recomienda que cada Escuela Común cuente con una instancia para recibir niños con problemas de aprendizaje. A partir de esta propuesta inédita, se recomienda la abolición de las clasificaciones legales de los deficientes para comenzar a utilizar el término dificultad de aprendizaje, el cual engloba a los alumnos que necesitan alguna ayuda especial. Se continúa así la propuesta de la integración de los estudiantes que hasta estos momentos no contaban con la posibilidad de transitar por la escolaridad común, ya no sólo en el nivel universitario y en relación a lo motriz, sino ahora en el ámbito del nivel inicial y medio respecto de lo mental. “La integración, entendida desde el punto de vista de la equiparación,

no busca la inclusión luego de la asistencia educativa segregada, sino que la educación del niño con problemas se realice en el medio común” (De la Vega, 2010, p. 204).

Asimismo, la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, Acceso y Calidad en Salamanca en 1994, organizado por la UNESCO en esa región de España, retoma el informe anteriormente mencionado, y orienta a los gobiernos y a las instancias educativas definiendo las nociones fundamentales para una Escuela integradora. Profundiza de esta manera en el reconocimiento del derecho a la educación de los niños, retomando la noción de necesidades educativas especiales.

Ahora bien, de acuerdo a representantes del Modelo Social, el Informe Warnock contiene elementos radicalmente nuevos, pero al mismo tiempo se encuentran en su elaboración posturas contradictorias. Sostiene por ejemplo la localización de las dificultades en el niño, generando un nuevo límite: ahora “entre quienes tienen necesidades especiales y quienes no las tienen” (Riddell, 1998, p. 109). Esto implica sostener a su vez una soberanía del juicio profesional sobre los derechos de los padres y de los niños.

También se pueden encontrar dificultades en el avance de los postulados integradores en los países latinoamericanos, de acuerdo a diversas investigaciones que incluyen informes de la UNESCO, debido principalmente a la falta de recursos (De la Vega, 2010). Es decir, la cuestión de la pobreza y de la escasez de recursos como problemática inherente a los países en vías de desarrollo, vuelve a presentarse.

Así las cosas, a pesar de los avances en términos de postulados, documentos, declaraciones, etc., que han derivado en modificaciones legislativas significativas, las tan mentadas autonomía e integración no encuentran los medios para finalmente concretarse. La detección de tales impedimentos para la transformación de las posibilidades de circulación y participación social de los sujetos en situación de discapacidad, lleva a numerosas agrupaciones y organizaciones a exigir nuevos cambios, más radicales que los anteriores. De este modo, se logra que en 2006, la ONU elabore la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD), intentando sostenerse en los postulados del Modelo Social de la discapacidad.

Esta Convención reconoce como antecedentes directos la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares. Destaca también que se basa en los principios y las directrices de política que figuran en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos de 1982 y en las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de 1993.

Presenta la trascendencia de plantear sus postulados en términos de derechos y no sólo a la manera de un mero anhelo. Los derechos incumben a áreas como la educación, la salud, el trabajo, nivel de vida adecuado, protección social, etc. También se contemplan derechos menos abstractos y amplios, tales como el derecho a casarse, a elegir qué cantidad de hijos se quiere tener, a mantener la fertilidad, etc. Esto significa que los Estados que a ella adhieran se comprometen a su cumplimiento; y a la sanción en caso de violación de derechos reconocidos.

En este sentido, ya en su Preámbulo se destaca que se observa con preocupación que “pese a diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos en todas partes del mundo” (inciso I). Además, se afirma que los sujetos en situación de discapacidad “son víctimas de múltiples o agravadas formas de discriminación” (inciso p).

Con la adhesión de los distintos Estados miembros a la Convención, por lo tanto, se busca revertir la situación de los sujetos en situación de discapacidad a nivel mundial. Para

ello, se da la necesidad de una “evolución” -tal como afirma en el punto e) del Preámbulo- en la definición misma de la categoría persona con discapacidad, concepto que se explicita en el primer artículo. Se entiende ahora por ella a quien tenga “deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás”.

La Convención incluye así -en la definición misma de “personas con discapacidad”- a las barreras y la actitud del entorno, ubicables en lo social, como causa de las dificultades o impedimentos para la participación en la sociedad. Ahora, la dimensión de la deficiencia como un rasgo individual –que algunos tienen y otros no- se mantiene absolutamente presente, en tanto un aspecto social sólo deviene barrera en su interacción con un individuo que presente una deficiencia.

Aunque, en parte, mantiene el marco conceptual del modelo biomédico definiendo la discapacidad desde la deficiencia, la CDPCD adopta con claridad y contundencia un enfoque dinámico que permite adaptaciones a lo largo del tiempo y diversos entornos socioeconómicos, y hace hincapié en que lo que provoca la situación de discapacidad es la interacción con diversas barreras (Fara, 2010, p. 135).

En esta nueva definición de discapacidad, se diluye lo más singular y lo más político de los postulados del Modelo Social, manteniendo el principal factor causal, ubicado una vez más en el plano individual. Como afirma Guattari, “hay una tentativa de eliminar aquello que llamo procesos de singularización. Todo lo que sorprende, aunque sea levemente, debe ser clasificable en alguna zona de encasillamiento, de referenciación” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 61).

Esta definición puede ser leída entonces como un punto de continuidad del proceso de individualización de la problemática de la discapacidad, ya que, a pesar de contar con numerosos artículos y lineamientos basados en el Modelo Social, vestigios de la circunscripción en lo individual continúan vigentes. La mirada simple e ingenua de la tragedia personal va siendo relegada –lo cual no es para subestimar- pero la fuerte impronta discursiva basada en la dicotomía binaria normalidad / discapacidad (inaugurada hace casi dos siglos por el discurso psiquiátrico a partir de exigencias políticas de ordenamiento social) presenta todavía duraderas líneas de continuidad.

De todos modos, la Convención es considerada una oportunidad legal incomparable para avanzar en las reformas políticas necesarias tendientes a alcanzar la vida autónoma y la desmedicalización de la vida de los sujetos en situación de discapacidad (Chávez Penillas & REDI, 2012).

El imperativo moral y jurídico de la Convención como instrumento de derecho internacional, como pieza clave del entramado legal nacional y como guía de reglas de juego formales e informales, pone “en negro sobre blanco” las “luces y sombras” de las políticas públicas referidas a la discapacidad y también a las acciones de los actores sociales y políticos que participan en ellas (Acuña, Bulit Goñi, Chudnovsky & Repetto, 2010, p. 36).

Promueve por ejemplo en su artículo tercero el derecho a la dignidad, a la vida individual autónoma (incluida la libertad de tomar las propias decisiones y el ejercicio de la plena capacidad jurídica), a la no discriminación, a la participación e inclusión en la sociedad, a la igualdad de oportunidades, a la accesibilidad, a la igualdad entre el hombre y la mujer y al respeto por la evolución de las facultades de los niños y niñas en situación de discapacidad. Por su parte, en el artículo 19 se postula el derecho de los sujetos en situación de discapacidad a vivir en la comunidad de manera inclusiva, eligiendo su lugar de residencia y sin estar obligados a un diseño de vida determinado, contando para ello con los apoyos necesarios, incluida la asistencia personal.

Esto implica un gran cambio introducido por la Convención, que atiende tanto a los principios del Movimiento de Vida Independiente como a los de desinstitucionalización, en tanto “la toma de decisiones por parte de la persona con discapacidad y el derecho a

conducir su propia vida –asumiendo el riesgo de sus errores- debe entenderse como la regla” (Ferrari, Chávez Penillas & REDI, 2012, p. 83). Debe destacarse que el mencionado cambio está dado en el hecho de que

históricamente las personas con discapacidad han sido nombradas por otros ajenos a su situación, lo cual ha obstaculizado la posibilidad de llevar adelante sus propios planes de vida (por acción intencionada o por falta de posibilidades de elección), siendo gran parte de sus vidas definida por instancias externas al sector de la población categorizado de este modo, siendo concebidos tales individuos como objetos de protección y tutelaje, conformando un modo de transitar y participar de lo social (Ferrari & Contino, 2013, p. 3).

Por último, en otro de los puntos del preámbulo de la Convención –el inciso t-, vuelve a emerger el asunto de la pobreza y su relación con la situación de discapacidad, al afirmar que “la mayoría de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza”, reconociendo la necesidad de mitigar los efectos de la pobreza en ellos.

Recapitulando, puede considerarse entonces que hay en la historia de la discapacidad mental, tres acontecimientos históricos sin los cuales no puede pensarse su surgimiento: en primer lugar la construcción de la anormalidad -procedente de un entrecruzamiento de los discursos médico, psiquiátrico y jurídico en el siglo XIX-; en segunda instancia el recorte del objeto retraso mental como categoría psiquiátrica legitimada científicamente a través de los test psicométricos; y en último lugar, la instauración del paradigma de los Derechos Humanos y su lógica de respeto a la diversidad y de exigencia de inclusión.

Sin bien no puede pretenderse explicar meramente con estos tres acontecimientos específicos la construcción de la categoría discapacidad y todo el andamiaje institucional que se conforma a su alrededor hoy en día, sí puede sostenerse que se trata de tres puntos de trastocamiento cruciales en las condiciones de posibilidad que favorecieron el surgimiento de la figura de la discapacidad en general y de la discapacidad mental en particular.

Este recorrido se propone mostrar que, a partir del nacimiento de la figura del anormal, determinadas formaciones discursivas –legitimadas socialmente por la pretensión de cientificidad adoptada en sus reglas de producción de enunciados, teorías, objetos, conceptos, etc.- establecieron procesos de objetivación particulares en virtud de los cuales se producen en un primer momento toda una variada diversidad de formas de deficiencias o déficits. Dichas deficiencias se conciben invariablemente bajo una naturaleza patológica en función de la medicalización que se muestra atravesando toda la sociedad en esta época y ciertas estrategias terapéuticas, pedagógicas, etc. comienzan a emerger a partir de demandas sociales. Algunos de ellas se encuentran en relación a lo sensorial, otras se vinculan a lo visceral, puede ubicarse también un grupo que concierne a lo motriz y a lo físico y, por último, otras deficiencias refieren a lo cognitivo.

La discapacidad mental se presenta de este modo como una objetivación discursiva presente en un entramado institucional que muestra claros puntos de continuidad con la figura de la anormalidad y con la del retraso mental. Sin embargo, es al mismo tiempo diferente y discontinua, en tanto sólo logra emerger en un suelo histórico político atravesado por un régimen de verdad epocal en el que los Derechos Humanos se presentan como punto de partida para pensar al individuo actual y su situación en el mundo.

En función de la lógica del paradigma jurídico de los Derechos Humanos deviene posible en un momento histórico determinado agrupar y nominar bajo el neologismo discapacidad a todo ese disperso conjunto de deficiencias, posibilitando en consecuencia la construcción de estos nuevos objetos acordes al actual entramado discursivo y político. Y a su vez, el paradigma de los Derechos Humanos deviene un lineamiento jurídico estructural en la conformación de las estrategias biopolíticas y de las prácticas discursivas que lo toman bajo su campo de incidencia, tal como ocurre respecto de la estrategia política de la inclusión.

De este modo, la discapacidad, las capacidades diferentes, las necesidades especiales, o cualquier otro eufemismo análogo, pueden pensarse como una objetivación que tiene múltiples procedencias de diferentes formaciones discursivas. No se trata de una manifestación de orden biológico, caracterizada como patológica e individual, que debería

abordarse exclusivamente desde la tecnología médica; no se trata de una deficiencia natural que se da en algunos casos y no en otros. Se trata de una objetivación producida en un entrecruzamiento de diferentes discursos: el médico, el psiquiátrico, el jurídico, el pedagógico, el científico, en un suelo histórico político caracterizado por el paradigma jurídico de los Derechos Humanos.

Ahora bien, es esperable que respecto de cada uno de los tres acontecimientos mencionados -acorde a su estatuto de puntos de trastocamiento-, se haya producido un movimiento histórico o viraje respectivo, a partir de lo cual se vislumbre alguna transformación en el orden del discurso y en las relaciones de poder.

Al primer acontecimiento puede corresponderle la constitución de la sociedad en base a una oposición entre lo normal y lo patológico; y concomitante a ello, la creencia en la existencia de toda una serie de técnicas capaces de reducir –o por lo menos de aproximar lo máximo posible- lo patológico a lo normal.

Con el segundo acontecimiento se logra la pretensión de cientificidad en el objeto discursivo retraso mental, la profesionalización respecto de su abordaje, y significativas condiciones de posibilidad para el surgimiento y la consolidación de diversas profesiones que hasta ese momento no existían en tanto tales (como por ejemplo la Psicología, la Psicopedagogía, la Terapia Ocupacional, etc.). Ello conduce a su vez, a la creación de un circuito exclusivo para los sujetos categorizados como débiles o retrasados mentales, que permanecen hasta dicho momento ajenos a toda posibilidad de circulación social.

En relación al tercer acontecimiento, el punto de viraje producido puede suponerse no sólo en el dispositivo discursivo que da cuenta de este objeto, sino también en el orden de las relaciones de poder, en virtud de una transformación acontecida a nivel de las biopolíticas.

En función de la introducción del paradigma jurídico de los Derechos Humanos para pensar la problemática de la discapacidad, y la consecuente participación política de los sujetos en dicha situación, se va a ir elaborando una nueva estrategia biopolítica que comienza a comandar la configuración de lineamientos políticos, sociales, laborales, pedagógicos y terapéuticos: las biopolíticas de la inclusión. “El trazado de la vida de una persona por parte de una instancia de poder definiendo por cuales circuitos deberá transitar es un claro avasallamiento de los derechos humanos, pero en lo que respecta a las personas con discapacidad pareciera haberse naturalizado” (Ferrari et al., 2012, p. 100).

2.5. La situación de la discapacidad en Argentina y en Rosario

Distintos organismos internacionales intentan avanzar en la obtención de datos que permitan ofrecer un panorama certero de la situación en la que se encuentra la discapacidad hoy.

Se calcula que más de mil millones de personas —es decir, un 15% de la población mundial— están aquejadas por la discapacidad en alguna forma. Tienen dificultades importantes para funcionar entre 110 millones (2,2%) y 190 millones (3,8%) personas mayores de 15 años. Eso no es todo, pues las tasas de discapacidad están aumentando debido en parte al envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas (OMS, 2013).

Es decir, la cuestión de la situación de la discapacidad deviene cada vez más importante para cualquier Estado u organismo internacional, en tanto actualmente el 15 % de la población mundial está categorizada como tal. Y más aún si se tiene presente que el panorama a mediano plazo es que dicha cifra se incremente (en función del aumento de la expectativa de vida y de la prevalencia de diferentes enfermedades).

Complementariamente a ello, las luchas que llevan adelante desde la década de 1960 diversas agrupaciones conformadas a partir del rasgo común de reconocerse en ellas una

limitación funcional, han generado ciertas modificaciones, tales como la institucionalización del uso de la categoría discapacidad.

A su vez, cada una de ellas por su cuenta, e incluso individuos aislados de manera personal, comienzan a visibilizar la dramática cantidad y variedad de obstáculos que encuentran para transitar por lo social quienes hasta ese momento se consideraban impedidos, inválidos, lisiados, etc. Se denuncia que existe una política global que mantiene discriminada, excluida y oprimida –y por lo tanto obstaculizada para su participación y circulación social-, a la gran mayoría de individuos caracterizados por el signo de una limitación funcional o una deficiencia (sea mental, sensorial o motora). Tal como puede encontrarse en otras luchas políticas a lo largo del siglo XX, mediante conexiones laterales conformadas para favorecer una mancomunidad de esfuerzos, este tipo de individuos y agrupaciones logra la unificación de toda una serie de reclamos y demandas que hasta allí se realizan de manera aislada. Tal como sostiene Foucault, “ningún ‘foco local’, ningún ‘esquema de transformación’ podría funcionar sin inscribirse, al fin y al cabo, por una serie de encadenamientos sucesivos, en una estrategia de conjunto” (2010a, p. 96).

De este modo, puede llegar a conformarse una nominación que le da consistencia a este nuevo colectivo social surgido en la segunda mitad del siglo XX: el de los “discapacitados”. Sin embargo, tal como lo visibiliza el Diccionario del Habla de los Argentinos de la Academia Argentina de Letras, es de destacar que su aceptación es lograda mediante la injerencia del Servicio Nacional de Rehabilitación.

Y concomitante a ello, los criterios utilizados para la decisión remiten a tres aspectos. En primer lugar, al hecho de que sea una palabra bien constituida en cuanto a sus elementos. Segundo, al aporte que representaría para la integración social y a la posibilidad de abandonar categorías de connotaciones negativas. Y, por último, al hecho de que esté estructurada de acuerdo a las reglas de formación de conceptos técnicos propios del discurso médico y a que su uso esté dado de la mano de los profesionales. Una vez más, las relaciones de poder muestran el modo en que aquellos que se encuentran habilitados a hablar en nombre de ciertos discursos, encuentren mayores posibilidades de transformar algún aspecto de la situación de este colectivo social. Sin embargo, como afirma [Diego] García, es importante

revelar de qué manera los procesos que dictaminan la construcción de los objetos de saber, de las proposiciones enunciativas y de las regularidades del discurso, son mecanismos que no dependen de –y que no pueden ser asimilados a- la conciencia de los actores (2013, p. 33).

Unos años más tarde, el modo de utilizar la categoría aceptada muta hacia la de “personas con discapacidad”, tal como se propone nominar al individuo atravesado por esta problemática sin quede despojado de su condición de persona, como tal vez la categoría “discapacitado” puede llegar a sugerir.

Materializado a partir de acciones directas, marchas, reclamos, denuncias, etc., el posicionamiento en el entramado de poder de la sociedad de este nuevo colectivo social, hace posible una serie de movimientos políticos y jurídicos tendientes a lograr algún grado de transformación en la situación de desventaja en la que se sienten inmersos.

Ahora bien, así como ningún foco local puede mantenerse sin una inscripción en una estrategia más general, “ninguna estrategia podría asegurar efectos globales si no se apoyara en relaciones precisas y tenues que le sirven, sino de aplicación y consecuencia, sí de soporte y punto de anclaje” (Foucault, 2010a, p. 96). Es así como la categoría discapacidad -vinculada al paradigma jurídico de los Derechos Humanos- pasa a ser utilizada por la ONU como expresión políticamente correcta a la hora de referirse a este colectivo social en su elaboración de instrumentos jurídicos. La viabilidad de la apropiación de esta nominación por parte de un organismo internacional, reside entonces en que esto es concebido por el propio colectivo de individuos atravesados por la problemática, como una suerte de triunfo. La ONU deja de elaborar documentos basados exclusivamente en la mirada médica y profesional y comienza a contemplar la propia voz de los sujetos en

situación de discapacidad. Como afirma Guattari, “las luchas sociales son, al mismo tiempo, molares y moleculares” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 180).

Se observa así un ida y vuelta entre lo más microsocial de la vida cotidiana de cada individuo (con sus vivencias, obstáculos, etc.) y lo más macro, vinculado a los lineamientos políticos de una época dada. Se trata de un modo en que el registro de la enunciabilidad y el de la visibilidad concernientes a la problemática de la discapacidad se va conformando, instituyendo, oscilando de uno a otro, modificándose entre sí. Y este vaivén entre lo micro y lo macro opera como condición de posibilidad para que se despliegue de una manera específica y no de otra, la actual situación de discapacidad en Argentina y en Rosario.

Argentina se muestra inmersa en toda una serie de transformaciones con la creación y aceptación de la categoría discapacidad, materializadas principalmente en el discurso jurídico, pero que producen efectos en el médico, psiquiátrico, psi y pedagógico.

En este sentido, cabe mencionar que la primera utilización oficial de dicha categoría es en el contexto de la ley 20.923 del año 1974.

Anteriormente a ella, sólo se han sancionado algunas legislaciones en el transcurso del siglo XX, sobre aspectos parciales de problemáticas específicas vinculadas fundamentalmente a la cuestión de la disminución visual (Fara, 2010). Entre ellas puede mencionarse la ley N° 13.926 (que refiere a personas no videntes y amblíopes), y también dos leyes de los años 1973 y 1974 respectivamente, que refieren un régimen de previsión social especial para “minusválidos” (N° 20.475) y beneficios de seguridad social para “menores disminuidos” (N° 20.881).

La mencionada normativa de 1974 constituye la primera oportunidad que en este país se plantea la situación de los sujetos en situación de discapacidad como desventajosa. Ubica a la discapacidad como una evidente situación de desventaja respecto de la situación de otros actores sociales que no se encuentran atravesados por esta problemática. Por lo tanto, la función del Estado de acuerdo a su perspectiva, debe ser la de instrumentar los medios necesarios para que “el discapacitado” –tal es la nominación utilizada en dicha ley- cuente con ciertos recursos que le permitan circular en lo social (en particular respecto de lo laboral) de un modo que contemple dicha situación de desventaja.

Ahora bien, en el primer artículo de esta ley se especifica que

se entiende por discapacitado, a todo aquel que por razones de accidente, enfermedad congénita o adquirida, posee una capacidad distinta, física, psíquica, sensorial, o social, permanente, periódica o transitoria, por lo que el discapacitado es un individuo potencialmente apto y puede tener en determinados aspectos, capacidad menor, igual e incluso mayor que otros individuos.

Si bien la impronta del discurso médico se halla indudablemente presente, se deja entrever de todos modos que la desventaja no encuentra su causal en la cuestión de la enfermedad, dado que la aptitud y las capacidades no se ponen en tela de juicio. Lo que se evidencia más bien es una mirada crítica respecto de la postura de indiferencia del Estado frente a la situación particular de desventaja en la que se ve obligado a transitar lo social –y en especial lo laboral- un cierto sector de la población.

Por lo tanto, promueve una medida que establece la obligatoriedad de un cupo laboral del 4 % de empleados estatales, en empresas mixtas y/o privadas destinado exclusivamente a sujetos en situación de discapacidad, la cual continúa vigente a través de otras legislaciones actuales. Un antecedente de esta táctica lo constituye la propuesta del Ministro de Salud Dr. Ramón Carrillo (durante el primer gobierno de Juan D. Perón), quien en un discurso en el año 1948 propuso crear un cupo laboral para individuos atravesados por estas problemáticas, tanto en organismos públicos como en empresas privadas.

Además, esta legislación regula la creación de la Comisión Nacional del Discapacitado, destinada a dictar normas de aplicación y control de las disposiciones de la ley, aplicar sanciones, crear una Bolsa de Trabajo y crear un equipo técnico interdisciplinario para determinar la orientación laboral en función de la discapacidad de cada uno. Se explicita que es responsabilidad “indelegable” del Estado regular la integración laboral.

Ahora bien, esta Comisión cuenta con la adelantada e inédita propuesta de que su directorio esté conformado por un 50% de integrantes en situación de discapacidad (pertenecientes a diversas entidades afines a la cuestión).

Este hecho puede leerse sin lugar a dudas, como todo un acontecimiento discursivo: se trata de una irrupción histórica extraña, no acorde a la época de la Argentina de ese momento. Si bien es posible encontrar replicaciones, éstas de todos modos no se producirán sino hasta más de dos décadas después en un suelo histórico político muy diferente, al punto de que ya no parecerán inactuales.

Este primer intento en el país mediante el cual se garantiza que una entidad estatal vinculada a la discapacidad esté conformada por sujetos atravesados por la problemática, representa entonces un acontecimiento en tanto se vincula de una manera muy particular con otros sistemas ajenos a la materialidad de la ley en la que su enunciado se presenta. Es un movimiento político que tensa las redes del poder tal como se venían conformando hasta ese momento en Argentina y que intenta distribuir de un modo distinto a lo habitual los espacios estatales en donde cierto ejercicio del poder puede ser puesto en acto.

El hecho de que este enunciado esté presente en esta norma en particular, obliga a su vez a indagar en los actores sociales que la han impulsado. Se trata de una agrupación muy particular, el denominado *Frente de Lisiados Justicialistas* (FLJ), que trabajó junto al club Marcelo J. Fitte y la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado, para la confirmación de esta normativa.

A través de este instrumento legal se ponía en jaque los principios de visión y definición de la discapacidad como realidad clínica que implica el alejamiento del *cuerpo legítimo* a partir de la imposición de un cupo laboral exigido al mercado y al Estado, que pone en cuestión la división social del trabajo que crea la discapacidad como desventaja física a partir de su alejamiento del *cuerpo legítimo* (Ferrante, 2012, p. 73) (Las cursivas son de la autora).

Esto se produce en un momento histórico-político muy complejo: un gobierno nacional de signo partidario justicialista, atravesado por diversas dificultades y crisis, de las cuales la muerte del Presidente de la Nación Juan D. Perón en este mismo año, es una de las principales. El fallecimiento de Perón, y las crisis políticas que comienzan a producirse en los intentos de sostenimiento del gobierno en el Estado, llevan las políticas promovidas por la nueva presidencia a cargo de María Estela Martínez de Perón a un viraje cada vez más pronunciado hacia políticas de derecha, represivas y conservadoras.

A su vez, algunas agrupaciones y movimientos políticos de izquierda despliegan diversas estrategias para encauzar el rumbo de la Nación hacia una posición más concordante con su ideología política. Con el advenimiento de la última dictadura cívico-militar que atraviesa el país desde el 24 de marzo de 1976, una innumerable cantidad de ciudadanos son detenidos, torturados, asesinados y en algunos casos, desaparecidos. Muchos integrantes de la mencionada agrupación política (FLJ) -que en su mayoría se trata de sujetos en situación de discapacidad-, son incluso desaparecidos. Afortunadamente, otros tanto han recuperado su libertad luego de haber estado secuestrados ilegalmente en Centros Clandestinos de Detención.

La estrategia política instalada entonces por esta dictadura en relación a la discapacidad, comienza con la derogación de esta ley 20.923 (dato aportado por un docente de Educación Física en situación de discapacidad, perteneciente a la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad). Esto se produce en el marco de un reordenamiento jurídico de toda normativa cuyo espíritu fuese contrario a lo que pretende imponer el gobierno de facto.

Cinco años más tarde, en 1981, se sanciona su normativa reemplazante: la ley N° 22.431, reglamentada recién en 1983, que lleva la firma de J. Videla, uno de los presidentes de facto de la última dictadura. La derogación de la anterior normativa puede vincularse a la tendencia represiva inherente a toda dictadura, y al fuerte sentimiento antiperonista característico de este gobierno de facto en particular. Sin embargo, la iniciativa para la promulgación de una nueva ley parece explicarse por dos factores principales (Fara, 2010): por un lado, la movilización internacional de los sujetos en situación de discapacidad

viabilizada por el fuerte trabajo llevado adelante por la ONU en 1981 con la Declaración del Año Internacional de los Impedidos, y por otro, la contingencia singular de que el dictador Videla haya tenido un hijo en situación de discapacidad, Alejandro Eugenio Videla, quien según Bonasso estuvo internado en la Colonia “Dr. Montes de Oca” entre 1964 y 1970, año de su fallecimiento (Aguirre, s.f.b, p. 14).

Esta nueva normativa establece un “sistema de protección integral de los discapacitados”, pero implica un claro viraje político en el modo de concebir la discapacidad. Ubica a la “persona discapacitada” en un lugar de desventaja, pero no ya por la indiferencia estatal, sino por el padecimiento físico o mental producto de una alteración funcional. “Se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”, reza el segundo artículo de esta ley.

Esta legislación establece en su artículo tercero que es la Secretaría de Estado de Salud Pública la encargada de certificar la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado; así como “el tipo de actividad laboral o profesional que puede desempeñar”. También toma a su cargo a través de sus organismos, la rehabilitación, la formación laboral o profesional, los préstamos y subsidios, el régimen diferencial de seguridad social, la escolarización y la orientación individual y familiar de los sujetos en situación de discapacidad que no cuenten con obra social ni puedan afrontar estos costos por sí mismos.

Otro de los puntos destacables de esta ley, es que propone sustituir la palabra minusválido por la de discapacidad en leyes previas. También a través de sucesivas modificaciones ha incluido la cuestión de la accesibilidad y la necesidad de eliminación de barreras en lo social, la creación y priorización de Talleres Protegidos de Producción (llevados adelante por sujetos en situación de discapacidad), la prioridad de lugares en el transporte público de pasajeros y en los transportes aéreos, la deducción del 70% de la carga impositiva para empleadores de sujetos en situación de discapacidad, y obliga al Ministerio de Educación tomar a su cargo todo lo concerniente a la integración escolar de los “educandos discapacitados”.

Lo trascendente de esta normativa radica en la formalización de una posición que una vez inaugurada por esta ley no se abandonará ya jamás. Esta posición implica una triple dimensión: por un lado, la existencia de la discapacidad se constata en lo individual; por otro, un organismo oficial del Estado es el encargado de certificarlo; y por último, también es potestad del Estado determinar el tipo de actividad –laboral, educativa, terapéutica- que alguien podrá desempeñar en lo social.

La posición de objeto de tutelaje por parte del Estado en relación al colectivo social de sujetos en situación de discapacidad, adquiere así una clara materialización. El entramado de poder en que queda ubicado desde este momento el colectivo de sujetos en situación de discapacidad, mantiene lugares claramente diferenciados y asimétricos, restringiendo su participación a la mera solicitud de beneficios (ya sea de asistencia, de rehabilitación, de pensión, etc.).

Respecto del entramado político y social de esta ley, urge mencionar en primer lugar el terrorismo de Estado ejercido sin miramientos hacia la población civil por parte de las Fuerzas Armadas a cargo del Poder Ejecutivo. Una de las tantas razones por las que dicho accionar nefasto se lleva a cabo en este período de más de 8 años (1976-1983), es la implementación a sangre y fuego de una política económica promovida por los organismos financieros internacionales conocida como *neoliberalismo*, en tanto representa un cierto retorno al pensamiento liberal del siglo XVIII (Merklen, 2013). Se caracteriza por desregular la economía, liberar las reglas del mercado, promover la privatización de sectores otrora pertenecientes al Estado y propiciar el endeudamiento externo (Feinmann, 2005). Más allá de la finalización de la dictadura y aun con la vuelta de la democracia hacia fines de 1983, esta política económica continúa vigente en los gobiernos subsiguientes (independientemente del signo partidario al que pertenezcan).

A partir del año 1989, con el advenimiento de un nuevo gobierno que se anuncia bajo el signo partidario del Justicialismo (el partido político creado por Perón), se inaugura un

período de diez años en el que se ve en Argentina una marcada profundización -hasta el paroxismo- de la política económica anteriormente mencionada.

Se impulsa entonces la privatización de todo tipo de incumbencias que anteriormente se mantenían bajo el monopolio del Estado. De este modo, muchas de las funciones que debía garantizar el Estado se convierten en servicios librados a las leyes del mercado. Esto conlleva un proceso de transformación en el cual los derechos que debe garantizar la soberanía del Estado-nación, ahora se entrecruzan con las reglas de mercado. Es decir, en una racionalidad económica política correspondiente al neoliberalismo, el Estado se posiciona mucho más desligado de la ejecución de determinadas políticas públicas, pero encargado de su regulación y supervisión. Se trata de un posicionamiento que se ha definido como técnico-administrativo (Lewkowicz, 2006). Bajo una nueva racionalidad económica política en lo gubernamental, se presenta la posibilidad de reordenar y atravesar con nuevos dispositivos de control y evaluación diversos territorios en los que el Estado ya no tiene incidencia directa sino a través de la regulación y la inspección.

Ahora bien, puede pensarse de acuerdo a los estudios de Foucault (2012a), que el neoliberalismo -a diferencia de otras políticas económicas como el liberalismo clásico o el neoconservadurismo- es una construcción positiva. Esto implica que no sólo se apropia del orden del Estado, sino que permanentemente produce reglas institucionales, jurídicas y normativas, que conforman un nuevo tipo de racionalidad dominante. De esta manera, el neoliberalismo no sólo destruye las reglas de un Estado-nación que se atribuye la prioridad en la gestión y el sostenimiento de toda una serie de políticas públicas; propone una nueva racionalidad en la relación entre los gobernantes y los gobernados, una forma específica de gubernamentalidad. Además de ello, pone en riesgo los lazos sociales, al ubicar en lo individual la competencia y la maximización del rendimiento en todas las esferas públicas, a la manera de un empresario de sí mismo (Aleman, 2013).

En esta década, acorde a la racionalidad político-económica vigente, se instrumenta también una modalidad de financiamiento de los programas de atención integral para sujetos en situación de discapacidad. En 1995, a través de la denominada Ley de Cheques (N° 24.452), se establece que las multas contempladas en ella se destinen al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) para constituir dichos fondos. Su cumplimiento siempre representó un problema, hasta el punto que unos años más tardes se hizo necesario constituir por ley una Comisión para que lo logre, aunque sin alcanzar nunca el nivel de cumplimiento esperado (CELS, 2004; Fara, 2010).

Así las cosas, en la década de 1990 se reglamenta la ley nacional N° 24.901, la cual instituye un “sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad” (sancionada en el año 1997).

Esta nueva normativa emerge luego de una reforma constitucional producida en el año 1994, a partir de la cual se especifica en el inciso 23 del artículo 75 de dicha carta magna, que

corresponde al Congreso (...) legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.

La promulgación de esta legislación profundiza y amplía lo contemplado en la ley 22.431, en el marco del respaldo constitucional presente en este inciso. Incluso se amplía hasta la definición misma de los sujetos que devienen objeto de esta ley. Los rasgos distintivos de la ahora denominada “persona con discapacidad”, incluyen la discapacidad sensorial, cuando hasta aquí sólo se explicitaban la física y la mental.

A su vez, produce algunas transformaciones tanto en el ámbito de la discapacidad como en el territorio de la discapacidad mental. Uno de ellos es que obliga a todas las obras sociales a cubrir la totalidad de los tratamientos vinculados a la discapacidad, manteniendo el Estado la obligatoriedad de la asistencia en aquellos casos en que no se disponga de

ninguna. Ello es considerado un gran avance jurídico por el propio colectivo social atravesado por la problemática. Se incluyen la atención por especialistas, estudios de diagnósticos y de control, orientación y asesoramiento para el grupo familiar, etc. También se exigen equipos interdisciplinarios tanto para la evaluación y orientación de individuos y grupos familiares como para la permanencia de un sujeto en situación de discapacidad en algún servicio determinado.

De esta manera, una política social que intenta resguardar ciertos aspectos de la problemática de la discapacidad, funciona también como una política económica, al inscribirse en una racionalidad neoliberal. Se cuenta a partir de este momento con la posibilidad legal de mercantilizar, de introducir a las reglas del mercado el sistema de prestaciones que constituye su abordaje.

Además, se proponen programas preventivos-promocionales en lo comunitario para facilitar la integración. Por otro lado, para los casos en que se vea dificultado o imposibilitado el uso del transporte público de manera gratuita, se habilita la solicitud de un transporte especial el cual debe ser cubierto por la obra social.

Ahora, tal como es de esperarse en pleno auge del neoliberalismo, deviene posible para las obras sociales contratar servicios para cubrir algunas de sus prestaciones. Éstas, de acuerdo a lo especificado en el sexto artículo, se dividen en cinco grandes grupos:

- *prestaciones preventivas* (todo aquello que concierne al desarrollo del feto desde su concepción, y los apoyos psicológicos al grupo familiar);
- *prestaciones de rehabilitación* (técnicas multidisciplinarias tendientes a adquirir o restaurar aptitudes de las capacidades motoras, mentales, sensoriales y/o viscerales);
- *prestaciones terapéuticas educativas* (vinculadas a la atención de las conductas, interacciones, autovalimiento e independencia, desplegadas en ámbitos terapéutico-pedagógicos y/o recreativos);
- *prestaciones educativas* (comprende la escolaridad, capacitación laboral, talleres de formación laboral y todo aquello vinculado a las acciones de enseñanza-aprendizaje); y
- *prestaciones asistenciales* (todo aquello que concierne a la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de cada individuo, esto es, hábitat, alimentación, atención especializada).

A su vez, se establece como prestación complementaria la entrega de una cobertura económica destinada a facilitar la permanencia de los sujetos en situación de discapacidad en su ámbito familiar y brindar apoyo frente a situaciones excepcionales no contempladas en la ley. La duración del subsidio se encuentra supeditada a las características de la situación de discapacidad. Existe también a partir de esta normativa nacional la entrega de un apoyo inicial dirigido a facilitar un emprendimiento laboral. Se destina a los sujetos "habilitados, rehabilitados y/o capacitados" (según reza el artículo 36), de modo de favorecer "la autonomía y la integración social". Además, se cubre los costos de la atención psiquiátrica, el tratamiento ambulatorio, la internación y la administración de psicofármacos en situaciones tanto de cuadros agudos como de cronicidad, sean estos independientes de la discapacidad o surgidos en el curso de un estado discapacitante.

Ya en la provincia de Santa Fe, ley N° 9.325 de 1983, instrumenta la adhesión a la ley nacional 22.431. A pesar de contar con tres décadas, continúa vigente, en virtud de una serie de modificaciones que van acompañando las sucesivas transformaciones jurídicas de las leyes nacionales.

Además de ella y de diversos decretos que han reglamentado su forma de funcionamiento, puede mencionarse la ley provincial N° 11.518, que agrupa toda una serie de artículos que se modifican en virtud de nuevos lineamientos; y la ley 8.288 de 1978, que regula las prestaciones del Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS), la cual incluye a los empleados provinciales estatales y los sujetos en situación de discapacidad desde 2006.

La definición elegida para especificar su objeto de injerencia, es la misma que sostiene la ley nacional 22.431, citada más arriba.

Ahora bien, en el caso de esta norma provincial, deviene significativo que en algunos de sus artículos se haga referencia a las “personas discapacitadas”, expresión no homologada a la elegida actualmente por el propio colectivo de sujetos en situación de discapacidad; modificación que sí se percibe en otros tramos de la misma ley. Incluso en algunos otros artículos se habla del “discapacitado”, logrando una conjunción de nominaciones que en el resto de las leyes se excluyen entre sí, en función de los diferentes posicionamientos políticos en los que se van fundamentando.

Por otro lado, sostiene en su primer artículo que esta ley está orientada a proteger de manera integral a este conjunto de individuos, especificando que el modo en que se lo busca es mediante la neutralización de “la desventaja que la discapacidad les provoca [para que se] les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales”.

Como puede verse, por un lado, la dicotomía entre normalidad y discapacidad se encuentra más viva que nunca en el texto de esta legislación provincial. Y por otro, tal como la materialidad discursiva ubicable en este instrumento jurídico lo presenta, queda claro que la desventaja es causada por la discapacidad, sosteniendo todavía un posicionamiento opuesto al de la Convención de 2006.

Uno de los principales puntos de esta normativa provincial es la creación de la denominada Dirección General de Rehabilitación, cuya principal función es la de “certificar la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado”, de acuerdo a lo que sostiene en su tercer artículo. Este organismo se encarga a su vez de determinar también las posibilidades de rehabilitación de cada individuo. Es retomada aquí la línea inaugurada por la ley nacional 22.431 respecto de la determinación de un destino laboral o profesional –y por lo tanto social-, por parte de una instancia ajena a cualquier integrante del colectivo de sujetos en situación de discapacidad.

Por otro lado, esta ley sostiene el cupo del 4% de empleados en situación discapacidad, en línea con la ley nacional. También habilita el ascenso de perros guías (entrenados y acreditados) al transporte público de la provincia, derecho logrado luego de un intenso y extenso trabajo realizado a lo largo de algunos años por un estudiante de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario en situación de discapacidad visual. (Este derecho se ve a su vez replicado a nivel municipal por la ordenanza N° 8.280 del año 2008).

Además, la provincia exige en lo arquitectónico que se tenga en consideración la accesibilidad para que se permita su aprobación, de manera que se vean contempladas las necesidades de circulación de los sujetos en situación de discapacidad (en particular, física, motriz y sensorial). Otro de los aspectos a resaltar de esta ley provincial, es que crea el Consejo Provincial del Discapacitado, similar al propuesto por la ley impulsada menos de una década antes por el Frente de Lisiados Justicialistas, pero con la diferencia de que no se exige la participación de ningún sujeto en situación de discapacidad entre sus ocho integrantes. Es decir que desde su primera reglamentación queda en manos de sujetos que no se encuentran en situación de discapacidad funciones vitales como asesorar a las instancias públicas y a las entidades privadas o sugerir medidas, investigar la problemática, administrar fondos, establecer normas y requisitos de funcionamiento y proponer designación de personal a cargo del Consejo.

Esta instancia es finalmente sustituida por la Comisión Provincial de Personas con Discapacidad en la modificación de 1997, teniendo a su cargo ahora las funciones de investigar la problemática y las formas de integración y de equiparación de oportunidades, además de asesorar, centralizar y coordinar las políticas del poder ejecutivo en esta área.

De todos modos, más allá de mostrar algunos ajustes que acercan el texto de la ley a las categorías discursivas en auge, la Comisión que reemplaza al anterior Consejo continúa estando conformado por integrantes que no se encuentran en situación de discapacidad. La distribución en las relaciones de poder, continúa manteniendo fuera de determinados lugares de confrontación, discusión y ejecución de políticas públicas a individuos de este colectivo social.

En lo que respecta a la ciudad de Rosario, cabe mencionar que la ordenanza N° 3.745 es la que instituye el sistema de protección integral acorde a la ley nacional 22.431 y a la provincial 9.325. Por supuesto, también se fue viendo modificada en función de las transformaciones provenientes de lo nacional. Un dato llamativo del texto de esta ordenanza es que no habla de buscar el objetivo de que las “personas discapacitadas” ejerzan un rol equivalente al de las “personas normales” (como sostiene la ley provincial), sino que hace referencia a la intención que éstas puedan “desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejerce todo ciudadano”. Un detalle discursivo que permite esquivar la palabra normal, pero que deja de todos modos la discapacidad del lado del individuo, y como causal de desventaja, al sostener la misma expresión que pronuncia la ley provincial: “la desventaja que la discapacidad les provoca”.

Continúa asimismo la propuesta del cupo laboral no inferior al 4% de empleados en situación de discapacidad. Se instituye además un sistema de jubilación por invalidez para empleados municipales, con ciertas ventajas por sobre el régimen previsional común. También reglamenta la gratuidad del transporte público para sujetos en situación de discapacidad y para su acompañante (en los casos que la situación así lo requiera). A tal fin, se reservan los primeros asientos de los colectivos para que sean utilizados prioritariamente para estas situaciones. Asimismo, los sujetos en situación de discapacidad pueden ascender y descender en todas las cuerdas, aun cuando no exista parada en esa línea de colectivos. Por otro lado, se crean franquicias de libre tránsito y libre estacionamiento para sujetos en situación de discapacidad, a fin de facilitar la circulación, el ascenso y el descenso del vehículo. A su vez, en todo estacionamiento se debe reservar algunos espacios para ser utilizados prioritariamente por sujetos en situación de discapacidad.

En relación a la accesibilidad, en concordancia con la ley provincial, se exige la contemplación de las necesidades particulares de los sujetos en situación de discapacidad para la elaboración de nuevos proyectos arquitectónicos, y la adecuación de lo ya existente. Esto incluye los baños públicos, los accesos a edificios, la eliminación de escalones y su sustitución por rampas, la creación de entradas alternativas accesibles en donde haya escaleras, la ubicación de teléfonos públicos a una altura acorde a quien se moviliza en silla de ruedas, etc. En otras palabras, tal como reza el artículo 29, “se evitará la creación de nuevas barreras arquitectónicas y se eliminarán las barreras existentes”. También exige la colocación de carteles de advertencia al tránsito vehicular en las cercanías de institutos, Talleres, Hogares, Escuelas, etc. a los que concurren sujetos en situación de discapacidad.

Y crea la Comisión Municipal del Discapacitado, cuyas funciones se hallan en concordancia con las leyes nacionales y provinciales vigentes, pero con una particularidad que se presenta a partir de la modificación de 1994: de acuerdo al artículo 47, de sus catorce miembros, cuatro deben ser “discapacitados rehabilitados de distintas patologías”.

Este último dato deviene todo un analizador en tanto presenta dos lineamientos bien contrapuestos entre sí: por un lado, se ve retomada la propuesta de la ley de 1974 de incluir sujetos en situación de discapacidad en una comisión de investigación, gestión, asesoramiento, control o sanción. Pero por otro, habla de la discapacidad como sinónimo de patología, que por lo tanto debe ser rehabilitada.

Ahora, aunque el entramado discursivo de esta Argentina de 1990, atravesada por las estrategias biopolíticas de la inclusión y en medio de transformaciones discursivas muy específicas llevadas adelante por las organizaciones internacionales no permite poner a la par las propuestas de la ley de 1974 con la de 1994, de todos modos, la importancia política a la que esta disposición habilita, es trascendental.

Se trata de un mismo enunciado presente en dos normativas pertenecientes al discurso jurídico, que constituyen dos fenómenos diferentes: un claro acontecimiento discursivo en una oportunidad y un hecho esperable en la otra.

A través de la ordenanza N° 6.811 que modifica la ordenanza arriba desglosada, se especifica que la Municipalidad de Rosario es la encargada de reglamentar la creación de establecimientos con internación total o parcial para sujetos en situación de discapacidad, en los casos en que el grupo familiar no cuente con estas posibilidades. La idea es instalar sistemas alternativos de contención social que ofrezcan opciones educativas, recreativas,

socializadoras y ocupacionales a este colectivo social, tendientes “a mejorar su calidad de vida, brindándoles un marco adecuado de contención y rehabilitación integral”. También se contempla la creación de sistemas alternativos al grupo familiar (Residencias, Pequeños hogares y Hogares), servicios destinados a quienes no cuenten con una familia o bien se trate de un grupo familiar no continente.

Por último, se puede mencionar la ordenanza N° 7.826 del año 2005, la cual sanciona la adhesión a la ley nacional N° 24.901 y a la ley provincial N° 9.325.

Se posibilita a partir de ello la conformación de establecimientos para el alojamiento, tratamiento, rehabilitación y abordaje terapéutico de las discapacidades bajo la hegemónica modalidad del ofrecimiento de servicios por parte del sector privado hacia las obras sociales. Los Centros Educativos Terapéuticos, los Centros de Día, los Centros de Formación Laboral, etc. pueden organizarse entonces de diversas maneras: con o sin fines de lucro; estatales o privadas; Fundaciones u Organizaciones No Gubernamentales (ONG), etc.

De este modo, hacia el año 2006, hay en la ciudad de Rosario 26 Escuelas Especiales; 15 Centros de día con Hogar; 10 espacios sociales y deportivos; 7 Cooperativas de Trabajo y Talleres Protegidos; y 17 establecimientos más no inscriptos en el Registro Municipal de Entidades de Discapacitados (por lo que agrupa establecimientos de diversa naturaleza). Es factible que en la actualidad (año 2014), dichos números se encuentren significativamente incrementados.

Con esto se habilita a un nuevo modo de abordar la problemática de la discapacidad en general y de la discapacidad mental en particular, ahora acorde a la racionalidad neoliberal de la prestación de servicios por parte del sector privado hacia las obras sociales (incluidas las estatales como PAMI, Sistema Único, etc.).

Para finalizar el recorrido por las legislaciones concernientes a la cuestión social que se fue construyendo bajo la nominación de discapacidad, cabe mencionar la última ley nacional de significativa trascendencia, la N° 26.378, sancionada en 2008. En esta normativa, Argentina adhiere a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, elaborada por la ONU en 2006, cuya entrada en vigor se produce dos años más tarde, al llegar a las primeras veinte naciones en adherir a sus postulados.

En este momento (año 2014), la han ratificado con fuerza de ley casi ciento cuarenta países miembros de la ONU.

Un dato llamativo al respecto, y que muestra un complejísimo entrecruzamiento discursivo de fuerte valor moral, es el hecho de que el Estado del Vaticano ha negado categóricamente adherir a esta Convención. Según refiere el diario español El País en su edición del 2 de diciembre de 2008, las razones radican en los artículos que habilitan a los sujetos en situación de discapacidad a ejercer el derecho de elegir en relación a la “planificación familiar” y al acceso a los servicios sanitarios vinculados a “la salud sexual y reproductiva”. Según sostiene el observador permanente de la Santa Sede ante la ONU, la salud sexual y reproductiva puede incluir en algunos países la posibilidad del aborto y ese acto que niega “el derecho a la vida de las personas con discapacidad que todavía no han nacido” es inaceptable para ese Estado. De este modo, a pesar de haber participado activamente en su elaboración, el Vaticano no adhiere a la Convención.

Estas legislaciones se ven complementadas a su vez por toda una multiplicidad de leyes que regulan aspectos parciales, muy específicos, concernientes a diversas particularidades de esta problemática.

Entre ellas pueden mencionarse las que incumben a determinadas ventajas en la adquisición de automóviles (19.279, 22.499 y 24.183); a la implementación de un régimen previsional específico jubilaciones comunes y jubilaciones de ciegos (18.910, 20.475 y 20.888); a la detección obligatoria de patologías antes y después del nacimiento (23.413, 23.874, 25.415, 26.279, etc.); a la protección frente a diversas patologías en el transcurso de la vida (22.914, 24.204, 25.404, 25.421, etc.); a la asistencia en situación de invalidez por razones bélicas (24.310); a la lucha contra la discriminación (23.592 y 25.280); al favorecimiento de la accesibilidad al medio en distintos ámbitos, tanto físicos como respecto de las páginas web (24.314, 24.449, 25.573, 26.619, 26.653); a las condiciones particulares para la obtención del pase en el transporte público de pasajeros (23.876, 24.449 y 25.635);

a distintos aspectos referidos a los convenios de empleo de sujetos en situación de discapacidad y a los Talleres Protegidos (23.462, 24.013, 24.147, 24.557, 25.212); a la cuestión impositiva y la deducción de impuestos a las ganancias (19.279 y 23.021 respectivamente); a la cobertura de medicamentos y libre elección de prestadores (23.661); a las asignaciones familiares (24.714); a la licencia por hijo con síndrome de Down (24.716); a disposiciones favorables en cuanto a la apertura de comercios (24.308); a la obligatoriedad del cupo laboral del 4% (25.689 y 25.785); a la garantía de un cupo del 5% en planes de vivienda del Fondo Nacional de Viviendas (FONAVI) (26.182); a la disposición de cajeros automáticos accesibles (24.240); etc. Ahora bien, la ley de turismo accesible (25.643), por su parte, amerita un cierto detenimiento en tanto cuenta con la particularidad de incluir en su párrafo segundo entre “las personas con discapacidad (...) a quienes padezcan alteraciones funcionales por circunstancias transitorias, cronológicas y/o antropométricas”. Ello posibilita contemplar en este ámbito a embarazadas, adultos mayores y sujetos en situación de obesidad, por ejemplo. Se hace necesario destacar también dos leyes nacionales (13.478 y 24.241) que otorga pensiones graciables inembargables a todo aquel individuo imposibilitado para trabajar o declarado inválido, situación que ocurre cuando se comprobare una disminución en las capacidades laborales del 76 % o más.

A su vez, siguiendo esta línea, la Municipalidad de Rosario regula a través de ordenanzas aspectos tales como la implementación de juegos accesibles en las plazas y paseos más concurridos (8.356); la conversión a versión accesible (en Braille y en audio) de la ley del consumidor (8.238); la obligatoriedad del sistema opcional de subtítulos para programas de producción local y/o noticieros (8.033); etc.

Un párrafo aparte amerita la ley provincial N° 13.328, de “Protección Integral de Personas que padecen Autismo, Trastornos Generalizados del Desarrollo y/o Trastornos de Espectro Autista”, sancionada y promulgada en el transcurso del año 2013.

Su elaboración constituye todo un proceso de disputas, llevado adelante por actores sociales que se muestran a favor y otros en contra de su promulgación. Entre los primeros, se ubican algunos legisladores, profesionales de distintas disciplinas y familiares de eventuales beneficiarios quienes han sostenido una participación muy activa (que incluye juntada de firmas, participación en medios masivos de comunicación, etc.). Entre las voces en contra figuran algunas agrupaciones de psicoanalistas –como la Escuela de Orientación Lacaniana Sección Rosario, que entiende que su práctica profesional queda virtualmente descartada como opción para la ley-, y representantes del Colegio de Psicólogos de Santa Fe y del equipo de gobierno de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario junto a algunos Foros de discusión inscriptos en la Secretaría de Extensión. Estos últimos plantean su desacuerdo en una carta dirigida al Ministro de Salud de la provincia de Santa Fe, dejando en claro sus puntos de vista. Manifiestan en primer lugar que es multicausal la cuestión etiológica, también que es necesario un diagnóstico vincular, histórico y clínico y por último, que es conveniente apostar por un abordaje interdiscursivo, caso por caso, respetando la singularidad. Además, al sectorizar de tal modo una problemática que se puede considerar incluida en las leyes vigentes de niñez y discapacidad, se contribuye a una patologización y medicalización nada conveniente para los actores implicados, que podrían estar ya contemplados como sujetos de derechos a partir de otras leyes ya vigentes.

Luego de numerosas idas y vueltas y con vetos parciales llevados a cabo por el Poder Ejecutivo, más tarde retirados por la presión ejercida por parte de los familiares de beneficiarios, se promulga la ley tal cual fue presentada.

Sin embargo, cabe destacar que el frustrado veto parcial fue leído en algunos ámbitos como un intento de la Subsecretaría de Inclusión de Personas con Discapacidad de la Provincia de modificar la ley de acuerdo a su mirada, a través del gobernador de la provincia, dado que ambos se encuentran unidos en matrimonio.

Complementariamente a todo este conjunto de normativas, algunos organismos nacionales, provinciales y municipales toman a su cargo la elaboración, implementación, gestión, supervisión, control y -llegado el caso- sanción de las cuestiones relativas a la problemática de la discapacidad.

A nivel nacional pueden mencionarse en primer lugar al Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR), dependiente en la actualidad del Ministerio de Salud de la Nación. Es el organismo más antiguo en materia de discapacidad, ya que data del año 1956, como medio que encontrado por el gobierno dictatorial que encabeza Pedro E. Aramburu en ese entonces para hacer frente al flagelo de la epidemia de la polio.

La categoría “rehabilitación” en el nombre del organismo, muestra claramente que se trata de un momento de auge de lo que más tarde se denominaría Modelo Médico-Individual, orientándose el servicio hacia la rehabilitación física de este tipo de problemáticas. Se encarga principalmente de diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención, rehabilitación y promoción integral de los sujetos en situación de discapacidad, elaborar normas y brindar asistencia técnica concerniente a los servicios de rehabilitación, diseñar y mantener actualizado el Registro de Personas con Discapacidad, destinado a favorecer la utilización del Sistema de Prestaciones Básicas. También lleva el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad.

Una de sus responsabilidades más trascendentes de los últimos años, es la de producir y expedir un Certificado Único de Discapacidad, que sea común a todo el territorio de la Nación, el cual se pretende implementar desde la ley 22.431. Este Certificado tiene carácter de documento público y se otorga de una evaluación llevada adelante por una Junta Médica dependiente del Ministerio de Salud de la Nación (actualmente denominada Junta Evaluadora de Personas con Discapacidad, y conformada por un equipo interdisciplinario desde el año 2001 a partir de la ley 25.504). Se utiliza para acreditar la discapacidad de un individuo y permitir el acceso a la cobertura, los servicios y los derechos contemplados en las distintas legislaciones.

De ello se observa que todo este anhelo del Estado conlleva un exigente y complejo trabajo de unificación de criterios, certificaciones, tecnologías, evaluaciones, etc., pero siempre basado en la misma posición: la discapacidad es algo que sólo puede constatare en lo individual. Ni en lo social, ni en las interacciones; es en el cuerpo del individuo bajo la mirada médica de la junta evaluadora el que ofrece la materialidad empírica que le da consistencia a la existencia de la discapacidad.

Además, existe la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS). Este ente es creado en el año 1987, durante el gobierno del fallecido presidente radical Raúl Alfonsín, dependiente actualmente del Concejo Nacional de Políticas Públicas. Sus funciones incluyen formular políticas públicas, seguir las acciones que éstas promueven, evaluar el cumplimiento de las leyes vigentes y analizar la necesidad de nuevas normativas, impulsar la constitución de fondos especiales, organizar campañas de información y concientización, estimular la investigación y mantener actualizado el Centro de Información y Documentación. Ha organizado las “Jornadas de Difusión y Seguimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” –la primera es del año 2009-, en donde numerosos actores sociales de distintos puntos del país vuelcan las experiencias parciales y transitorias en el proceso de llevar a la práctica los postulados de la Convención. Cabe mencionar que las características de su funcionamiento no se han mantenido estables, sino que más bien han sufrido altibajos concordantes con la situación política de los distintos gobiernos de turno (Moro & Potenza dal Masetto, 2010).

Por otro lado, funciona actualmente la Coordinación de Educación Especial, dependiente del Ministerio de Educación de la Nación. Reemplaza la anterior Dirección de Educación Especial, a partir de la denominada Ley de Educación Nacional (N° 26.206). Al respecto, se acepta que ante casos de discapacidad severa se cuente con una modalidad específica, como es la Escuela Especial la función de la maestra integradora, pero en los casos de discapacidad mental leve o moderada, se propone modalidades de adaptación y acompañamiento en educación común. Ello implica también que los establecimientos educativos se vean en la obligación de tener que adaptar ediliciamente su estructura, de manera de respetar la accesibilidad, aunque se trata de un proceso que se viene realizando de una manera muy lenta y complicada, pero no deja de representar un avance respecto del modo en que estaba esta situación en décadas pasadas (Moro & Potenza dal Masetto, 2010).

Respecto de la cuestión del empleo, se encuentra en funcionamiento la Unidad para Personas con Discapacidad y Grupos Vulnerables, que depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Comenzó a funcionar de manera organizada en el año 2002. Este año representa un momento histórico complejo respecto de la situación socioeconómica argentina, ya que a fines del año 2001 se produjo un estallido social producto de un colapso económico, lo cual provoca que muchos ciudadanos pierdan sus empleos, negocios, empresas, etc. Por supuesto, esta dificultad para conseguir empleo que atraviesa gran parte de la población, se siente mucho más en el ámbito de los sujetos en situación de discapacidad.

El objetivo de este organismo consiste en lograr la inserción laboral de los trabajadores, dificultados por una doble condición social: la de encontrarse desocupados y, además, presentar alguna discapacidad. Sin embargo, “la mayor parte de las iniciativas desarrolladas han tenido, hasta el momento, resultados acotados tanto en términos de cantidad de beneficiarios como de su impacto” (Moro & Potenza dal Masetto, 2010, p. 218). Incluso en un relevamiento realizado por la Secretaría de Gestión Pública y la Subsecretaría de Gestión y Empleo Público (2010), se visibiliza que el porcentaje de empleados públicos en situación de discapacidad alcanza el 0,48% de la planta total. Es decir, lejos se está del 4% estipulado por ley en la misma administración pública.

Por último, puede mencionarse la Comisión de Discapacidad de la Cámara de Diputados de la Nación. Funciona de manera permanente desde el año 2000 aproximadamente, teniendo alrededor de 30 integrantes. Llega a estar presidida por el diputado Claudio Morgado, quien fuera en su momento conductor humorístico de televisión, devenido luego en político desde el año 2007. Su participación se ve motivada por el hecho de contar con un familiar en situación de discapacidad, según refiere él mismo.

Las funciones de esta Comisión incluyen dictaminar sobre asuntos concernientes a la defensa de los derechos vinculados a la discapacidad, estimular políticas de integración, promover campañas de concientización y educación y controlar el destino de los fondos destinados a programas y proyectos dirigidos a la problemática de la discapacidad. Trabaja en cogestión con las ONGs vinculadas a la discapacidad y la comunidad para acordar acciones que promuevan la igualdad de oportunidades, la plena participación y la equidad. Un aspecto muy particular de su modo de funcionamiento radica en que usualmente se busca contar con la palabra de los interesados (sujetos en situación de discapacidad, organizaciones sociales, otras áreas del Estado, etc.), lo cual la ubica en una línea diferente a la del resto de estas instancias.

En cuanto a los programas que intentan llevar adelante las propuestas en relación a la cuestión de discapacidad, pueden mencionarse cuatro principales: las todavía denominadas pensiones por invalidez; el Programa Federal de Salud (nombrado por los actores sociales como “PROFE”); las asignaciones familiares vinculadas a la discapacidad; y por último la Administración de Programas Especiales (APE). Juntos, estos cuatro programas movilizan más de la mitad del presupuesto destinado a la discapacidad por la Administración Pública Nacional (Fundación Par, 2005).

A nivel provincial y municipal, puede resaltarse la Comisión Provincial para Personas con Discapacidad anteriormente mencionada, que funciona en Rosario a través de una de sus oficinas desde el año 1997. Enfatiza el derecho de personas a participar en igualdad de condiciones y con equiparación de oportunidades junto a la población en pro del desarrollo social y económico del país. Cabe destacar el contrasentido de haber funcionado en pleno centro de la ciudad, Mendoza y Sarmiento, pero en un cuarto piso (dato aportado mediante entrevistas con personal que supo desempeñarse allí). En dicho momento se encontraba en dependencia del Ministerio de Promoción Comunitaria (actualmente denominado Ministerio de Desarrollo Social).

En el año 2001, se traslada a un edificio de una sola planta, bajo el nombre de Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad. En el 2007 vuelve a mudar sus instalaciones a otro edificio céntrico y pasa a depender del Ministerio de Salud de la Provincia. Se constituyen a su vez dos Direcciones bajo su égida: la Dirección Provincial de Rehabilitación y la Dirección Provincial de Discapacidad. Sus acciones tienen como ejes

principales la participación, la igualdad de oportunidades, la inclusión social, la lucha en contra de la discriminación, la accesibilidad como ideología, la autonomía y la construcción de ciudadanía.

El panorama de la región de Rosario se ve complementado con la Dirección Municipal de Inclusión para Personas con Discapacidad, el cual cuenta con la particularidad de emplear en el puesto de atención al público a una mujer con síndrome de Down.

Funciona bajo el ámbito de la Secretaría de Salud Pública, y tiene por objetivo promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. A su vez, según refieren, buscan articular sus acciones con distintos niveles de la red de salud y otras Secretarías del municipio, así como también con otros organismos provinciales como el Ministerio de Educación de la Prov. de Santa Fe y Subsecretaría para la Inclusión de Personas con Discapacidad de la provincia, y nacionales como ANSES, CONADIS, UNR, etc.

La situación actual en Rosario presenta a partir de todo ello las siguientes características. Por un lado, existen actualmente alrededor de 20 Juntas a en toda la provincia, siendo 7 las de Rosario, que funcionan en distintos puntos de la ciudad (Hospitales, sede de la Subsecretaría, Centro Regional de Salud Mental, Hospital de Niños, etc.). En ellas trabajan entre 50 y 60 profesionales. Además, las Juntas Evaluadoras han emitido –según refiere el Balance de Gestión de la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad (2006)- hasta el año 2006, más de 20.000 certificados. Este dato coincide parcialmente los del Censo del año 2001, el cual refiere que en esta ciudad hay 21.095 hogares con al menos un miembro en situación de discapacidad. De ellos, 3.354 son casos catalogados como de discapacidad mental. Por último, cabe mencionar que se han categorizado a su vez 99 establecimientos que funcionan como prestadores para los servicios que la ley 24.901 habilita.

Ahora bien, en lo que respecta a la lectura analítica de la materialidad discursiva presente en estas legislaciones y políticas públicas recorridas, es necesario desplegar algunas cuestiones.

Por un lado, en lo referido a las leyes vigente en la geografía del país, se puede encontrar una cierta sucesión de perspectivas ideológicas disímiles que han producido hasta la derogación de leyes por no mostrar coincidencia con la que en un determinado momento histórico funciona como hegemónica. La ley del FLJ de 1974 no presenta un grado de continuidad o mejoramiento respecto de la de la dictadura, de 1981. Sin embargo, esta última sí se muestra solidaria y complementaria con la del gobierno menemista de 1997.

A su vez, la adhesión a la Convención en el año 2008 vuelve a producir un punto de trastocamiento respecto de lo vigente, al punto que requiere de un proceso de revisión y adecuación de diversos artículos de las otras leyes (trabajo que se está llevando a cabo en la actualidad).

Por lo tanto, se observa en ellas una suerte de superposición de enunciados pertenecientes a diversos modelos y posturas políticas en el cuerpo mismo de determinadas leyes. La vigencia de determinadas leyes de principios de la década de 1980, no las exime de mecanismos de adecuación de algunos de sus artículos, logrando producir situaciones contradictorias y paradójicas, como la utilización de modos de nominación diferente para los individuos atravesados por esta problemática.

La legislación argentina vinculada a la discapacidad, más allá de sus claros avances, exhibe todavía un importante grado de fragmentación, falta de precisión conceptual, contradicciones, desactualizaciones, incentivos contradictorios y hasta injustificadas discriminaciones hacia el propio interior de este conjunto social. En algunos casos resulta incluso iatrogénica (Acuña et al., 2010, p. 37).

Por otro lado, en lo que concierne específicamente al modo en que se estructuran en Argentina las políticas públicas vinculadas a esta problemática, cabe resaltar que habría por lo menos tres lineamientos significativamente diferentes entre sí.

El primero de ellos surge a fines del siglo XIX y se inscribe un modelo de Estado que le permite a algunas organizaciones –Sociedades de Beneficencia, Damas de Caridad, Iglesia, etc.- tomar a su cargo la conformación de establecimientos destinados a su alojamiento (cuestión desplegada en los puntos anteriores).

El segundo lineamiento abarca el período que va desde la Declaración de los Derechos Humanos (incluida la ley de 1974) hasta la legislación surgida en 1981, en pleno proceso de instauración de políticas neoliberales. Este segundo período se caracteriza por observarse la hegemonía de un paradigma rehabilitador, bajo una fuerte impronta normalizadora, que ubica incuestionablemente la discapacidad en el cuerpo individual. El sujeto es entonces portador de una discapacidad y debe sostener una serie de técnicas y procedimientos –en su gran mayoría de orden médico- para que devenga posible acceder a un modo de funcionamiento lo más cercano posible a lo normal.

Si bien se tiende a un cierto progreso en el marco de un entramado social sostenido por un Estado de Bienestar que posibilita algún tipo de integración social de aquellos que se encuentran en situación de desventaja, de todos modos se denuncia que “el sujeto individual se ve reducido a una especie de mónada atomizada” (Merklen, 2013, p. 59). El Estado comienza a ser vivenciado como una estructura de control social, que se ve empujado por su propio dinamismo a una especie de expansión, de crecimiento en superficie, extensión, profundidad, detalle, etc. Deviene no sólo represor, sino reproductor de un modelo de organización social que por naturaleza no puede impedir la exclusión de algunos de sus miembros: “una forma de organización opresiva de la sociedad” (Merklen, 2013, p. 62).

Esta mirada respecto del rol del Estado para con ciertos colectivos sociales que fue descripta por Foucault en términos de “fobia al Estado” (2012a, p. 219), posibilita el surgimiento de movimientos políticos como los anteriormente mencionados (MVI, Modelo Social de la discapacidad, etc.), que promueven una serie de transformaciones que continúan hasta hoy. En Argentina, este proceso de cambios respecto de las políticas públicas, comienza a materializarse a partir de la normativa de 1981, continúan con la ley de 1997, y alcanza su mayor apogeo con la del año 2008.

A partir de este momento histórico específico –desde la década de 1980 en adelante-, se inaugura un período de construcción de nuevas heterotopías en relación a la discapacidad y muy especialmente, en torno a la discapacidad mental. Heterotopías vinculadas a políticas públicas que se dirigen a través de una función prestacional, a cada individuo en particular, identificado con nombre, apellido, número de documento y diagnóstico funcional.

Este tipo de políticas públicas requiere de una activación de parte de cada implicado, en un doble sentido. Activación de sí mismo para solicitar el Certificado Único de Discapacidad y dar el paso necesario para ubicarse dentro de esta territorialidad tan específica, con sus normas, sus circuitos, sus tiempos, etc. Y activación también porque estos mecanismos específicos derivados de la obtención de este documento, sólo pueden ponerse en funcionamiento a partir de que un individuo lo solicita. Está disponible para este sector de la población en tanto política pública, pero requiere de una activación que provenga del accionar de cada individuo, realizado por sí mismo, para que ello se ponga en marcha.

Se inaugura de este modo en este territorio lo que Merklen denomina “políticas del individuo” (2013). Esta modalidad de políticas públicas muestra una transformación en las relaciones entre el Estado y la sociedad, en tanto no funcionan en base a la socialización o la integración a la vida social, sino más bien a una “intervención sobre el otro” (Merklen, 2013, p. 73). Se trata de un género de política pública que encuentra su blanco en el individuo mismo, siendo su propósito que éste se maneje de acuerdo a los principios de autonomía –por lo menos, un cierto modo de concebir la autonomía-, requiriendo que sea responsable de sí mismo y que se mantenga activo en toda circunstancia.

De esta manera, es posible que cada uno se asegure por sí mismo frente a los riesgos que la sociedad impone, haciéndose cargo de su propia experiencia vital y siendo el promotor de su propio proyecto de vida.

En razón de este último aspecto, deviene posible que esta clase de política pública no encuentre su principal basamento en el discurso médico, sino en el pedagógico, en tanto se

dirige a individuos que se encuentran desestabilizados por diversas circunstancias –entre ellas la discapacidad- y que necesitan de una cierta asistencia para reanudar su marcha.

De este modo, puede encontrarse a partir de la legislación de 1981 la posibilidad de una diagramación de estrategias generales para el colectivo de sujetos en situación de discapacidad, pero complementados a su vez por la exigencia de una conformación técnica de cada abordaje específico, de acuerdo a la singularidad de cada situación individual.

La certificación de la discapacidad –otorgada por el Ministerio de Salud de cada provincia- viene a completar el esquema, funcionando como nexo entre una estrategia general (que intenta contemplar todas las posibilidades) y la necesidad de un abordaje singular (elaborado en función de las características particulares de cada beneficiario). Recapitulando, los servicios de este tipo de normativas sólo pueden encontrarse en funcionamiento a partir del momento en que un individuo –o bien un miembro de su grupo familiar- pone en marcha su mecanismo.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la ley de adhesión argentina de 2008, consolida el desplazamiento comenzando más de dos décadas antes, que va de un modelo de naturaleza rehabilitadora y tutelar, hacia otro que apunta más bien al aspecto de la asistencia para la autonomía individual frente a un problema social. “Hay medidas concebidas ahora sobre la base de ideas como el acompañamiento, la ayuda personalizada, la orientación, las formaciones, la proximidad, la participación” (Merklen, 2013, p. 80).

Ahora bien, es necesario remarcar que estos esfuerzos jurídicos, estatales e institucionales que se muestran tan valiosos como difíciles de alcanzar, tienen en el horizonte la intención de incluir a todos aquellos sujetos que se encuentran en situación de discapacidad. Responden así al supuesto contrasentido de una sociedad que excluye a algunos de sus miembros. Sin embargo, a pesar de todos estos esfuerzos jurídicos de indudable valor moral, en este país, los sujetos en situación de discapacidad no han visto mejoras tan significativas. Todos los estudios realizados para observar la situación de discapacidad mencionan algo de esto.

En el caso de las personas con discapacidad, aun reconociendo que han existido enormes avances en las normas, las políticas y hasta su consideración social, la cuestión de los derechos se evidencia de manera palpable como una “ficción ciudadana” (Abramovich y Pautasso, 2009). Esta ficción no sólo alude a derechos que se reclaman y no se cumplen, sino que además se refiere al mantenimiento de estructuras institucionales, nociones valorativas y acciones en los ámbitos públicos y privados que obturan la posibilidad del reconocimiento pleno de los derechos y además retroalimentan una matriz de exclusión (Acuña et al., 2010, p. 25)

Por su parte, una Fundación que también ha estudiado la problemática, sostiene que a pesar de todas las legislaciones que han intentado garantizar los principales derechos, “es obvio advertir que la situación en que se encuentran las personas con discapacidad en la Argentina es crítica”, en parte por el incumplimiento de las normas vigentes, y también por la ineficacia o la inaplicabilidad de muchas de las políticas públicas que intentan abordar la problemática (Fundación Par, 2005, p. 124).

En consecuencia, preguntarse por la forma en que puede llegar a mejorarse la difícil situación actual que atraviesan las personas en situación de discapacidad desde una perspectiva crítica, no implica reprender jurídicamente la legislación actual, subestimar las estrategias terapéuticas vigentes, menospreciar las instancias y organismos estatales dedicados a la problemática, calificar de poco eficaces los mecanismos de inclusión actuales, o juzgar moralmente la sociedad en donde todo esto acontece.

Implica, por el contrario, interrogar las condiciones de posibilidad que han producido en primer lugar un objeto como la discapacidad, y a partir de ello, una situación política determinada para todo aquellos individuos que se encuentren atravesados de una u otra manera por esta problemática.

Ello justifica la importancia de un análisis arqueológico y genealógico de la discapacidad, ya que esta clase de análisis se centra justamente en una interrogación acerca de la historia

de esta construcción social que ha promovido situaciones de exclusión, discriminación y vulnerabilidad en este colectivo social.

La hipótesis sería entonces que dicha situación de vulnerabilidad no radica tanto en la naturaleza supuestamente patológica y deficitaria de la discapacidad. Tampoco en la idea de que las políticas públicas actuales no han alcanzado todavía el grado de perfeccionamiento que necesitarían para abordarla. Por el contrario, la situación de vulnerabilidad y asimetría está determinada por relaciones de poder que ubican a este colectivo en una situación de enorme dificultad para una circulación y participación social llevada delante de manera autónoma. Es decir, la vulnerabilidad es producida a partir de la misma racionalidad desde la cual las políticas públicas están construidas, siendo entonces efecto de su despliegue.

Deviene necesario realizar entonces una historización de la problemática de la discapacidad mental, de modo de establecer una suerte de comparación con la concerniente a la niñez vulnerada en sus derechos, por tomar uno de los otros colectivos vulnerables mencionados por la OMS. (Queda así por trazar las historizaciones correspondientes a las problemáticas de las adicciones y del padecimiento mental).

Se pretende de este modo, mediante un trabajo que respete el principio de exterioridad, responder algunos de los interrogantes que a partir de este recorrido se fueron abriendo en relación a la discapacidad mental.

En primer lugar, los distintos momentos que se visibilizan en la materialidad discursiva de los enunciados y las políticas públicas recorridas en torno a la discapacidad, ¿están presentes solamente en relación a este colectivo social, o el de la niñez vulnerada también ha sido atravesado por la misma racionalidad política y por el mismo entramado discursivo de esta época, habilitando por lo tanto concordantes modelos de abordaje? Y en segunda instancia, el modelo de la inclusión que se viene promoviendo desde la Declaración de los Derechos Humanos y que encuentra su auge en las políticas del individuo de las tres últimas décadas, ¿ha generado transformaciones discursivas y de poder observables tanto en el territorio de la discapacidad mental como en el otro territorio de la niñez vulnerada?

Estas preguntas se orientan a una pretensión más general, ¿es posible hablar actualmente de procesos de subjetivación que habiliten a posiciones más autónomas en relación a estos colectivos sociales?

Estos son los interrogantes que intentan despejarse en el recorrido paralelo sobre dos de estas cuatro grandes problemáticas que se realiza a continuación.

Capítulo 3. Biopolíticas y heterotopías en sectores poblacionales vulnerables

3.1. Transformaciones en la diagramación de espacios, las tecnologías de poder y la construcción de saberes

La práctica del encierro como estrategia hegemónica frente a los individuos posteriormente agrupados bajo la figura del anormal, comienza en la Época Clásica, prolifera en el transcurso de los siglos siguientes y finalmente se consolida en la Modernidad, en pleno apogeo de lo que Foucault propone nominar *sociedad disciplinaria* (Foucault, 2004).

Desde los orígenes de este tipo de establecimientos destinados a alojar grupos de individuos que hay que proteger, cuidar, reformar o corregir, el discurso religioso está presente. De hecho, “en la mayoría de los casos eran las órdenes religiosas las que tenían, si no la iniciativa, sí al menos la responsabilidad de la gestión de estos establecimientos” (Foucault, 2008c, p. 92).

Pero en el transcurso de los siglos XVII, XVIII, XIX junto a la construcción de cada vez más espacios de características asilares, se produce una cada vez mayor profesionalización de los modos de abordaje desplegados en su interior. Las figuras del médico alienista, el enfermero, luego el psiquiatra, etc., van proliferando a partir de la extracción de saber que deviene posible en virtud de las estrategias de poder que mantienen internados a todo un conjunto de individuos que se caracterizan por mostrarse como acontratables (Belgich, 2004).

Si bien en Europa se produce con algo de anterioridad, más o menos hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, estos espacios asilares se ven completamente atravesados además por los lineamientos gubernamentales pertenecientes a lo Estatal, desplazando lenta y gradualmente otras instancias (tales como las Sociedades de Beneficencia, la Iglesia Católica, etc.), las cuales continuaban en mayor o menor medida con la fundación y/o administración de estos espacios.

Ahora bien, cabe destacar que estos espacios no surgen de forma independiente de la gubernamentalidad de la época. Por el contrario, emergen en un suelo histórico político que les hace de condición de posibilidad, constituido entre otros rasgos por lo que podría denominarse como estrategias biopolíticas del encierro. Éstas se caracterizan por hacer posible el surgimiento de espacios relativa o completamente cerrados y con sistemas disciplinarios absolutamente normativizados que funcionan hacia el interior de cada uno de ellos, destinados cada uno de ellos a un objetivo social diferente y complementario: la escuela, la fábrica, la cárcel, la prisión, los asilos, etc. Conforman circuitos específicos frente a los cuales no siempre y no cualquiera puede elegir no transitarlos: “el individuo no deja de pasar de un espacio cerrado a otro, cada uno con sus leyes” (Deleuze, 2005c, p. 115).

Ahora bien, algunos de estos espacios de encierro no están destinados a la totalidad de la población, sino que existen se destinan exclusivamente a quienes presentan alguna dificultad para transitar por lo social de una manera esperable de acuerdo a la racionalidad económica-política del capitalismo industrial naciente. Esto conforma “una lógica propia de la modernidad, la lógica binaria, de la inclusión-exclusión. Los que circulan y los que son encerrados, los que ejercen sus derechos y los que no tienen voz para exigir por los suyos” (Belgich, 2004, p. 51). Es decir, la sociedad se divide en una parte que circula por el espacio social común sin mayores dificultades, y otra parte de la población que se ve retenida en espacios conformados de acuerdo a lógicas de funcionamiento radicalmente diferente a las del espacio público.

Estos espacios cerrados constituyen aquello que Goffman (1970) define como instituciones totales. Se trata de lugares de confinamiento parcial donde viven individuos obligados a seguir una rutina de vida formalizada, bajo el control y dirección de un órgano burocrático y que se caracterizan por contar con un contacto limitado con el resto de la sociedad.

Los espacios asilares de encierro destinados a los acontratables, no siempre portan las mismas características ni modalidades de funcionamiento. Un ejemplo de ello es el viraje producido desde la figura del Hospicio hacia la del Hospital general, y de ésta hacia la de Asilo de Alienados. El Hospicio está conformado en base a una gran estructura edilicia de características asilares, comenzando a surgir simultáneamente en varios países de Europa (Fernández Bruno & Gabay, 2003). Un rasgo característico es el de no diferenciar a quienes allí se interna, por no existir un proyecto terapéutico de base (Foucault, 2008a).

A fines del siglo XVII y comienzos del XVIII, factores médicos, académicos y filosóficos, enmarcados en el Iluminismo, modifican la orientación de la Psiquiatría, con el *tratamiento moral* de Philippe Pinel, quien transforma determinadas prácticas institucionalizadas en los Hospicios, tales como mantener a los alienados encadenados, orientado el funcionamiento de los asilos hacia una dirección que posibilitara algo del orden de la rehabilitación (Galende, 2006; Foucault, 2008c). De hecho, uno de los actos más relevantes en este momento de virajes, es la liberación de 3 o 4 decenas de individuos, quienes se encuentran encadenados en dos de los Hospitales que quedan bajo su égida (Galende, 2006). Esto ocurre en 1793, fecha que, de acuerdo al pensamiento de diversos autores, puede ser considerada por estas razones como el nacimiento del Alienismo. De esta manera, se posibilita la individualización de algunos pacientes que, pese a sus síntomas, pueden volver a vivir en la comunidad reintegrados a su familia. Hasta este momento, en que se puede considerar que surge la medicina moderna, nadie sale del Hospital; la técnica médica de estos siglos no permite al individuo hospitalizado abandonar dicho espacio con vida (Foucault, 1998).

Extendiendo sin demasiadas modificaciones esta estrategia biopolítica heredada de Europa, los establecimientos asilares surgen en esta región de Sudamérica en la época de la Colonia. Se lleva a los locos alborotados a la cárcel del Cabildo o en los denominados Cuadros de Dementes de los Hospitales, en los que éstos “vegetaban sin ninguna clase de tratamiento especial” (Fernández Bruno y Gabay, 2003, p. 17).

Ahora bien, estos lugares que se distinguen de los otros, que son radicalmente distintos, por encargarse de alojar en su interior sujetos que son considerados diferentes, que están desviados, que funcionan disfuncionalmente, bien podrían recibir la nominación de *heterotopía* (Foucault, 2010c).

De acuerdo al pensamiento foucaultiano, no existe sociedad que no cuente con sus propias heterotopías, a pesar de que éstas puedan variar de una sociedad a otra, o bien de un momento de una sociedad a otro. Algo así puede verse en lo concerniente a los espacios destinados a los anormales.

Es importante mencionar también que las heterotopías cuentan con la asombrosa posibilidad de yuxtaponer en un mismo lugar real, espacios que en otras circunstancias son incompatibles entre sí. Esta yuxtaposición puede ser incluso transitoria, ya que tal vez puedan sostenerse operando juntos durante algún tiempo, y en otro momento devienen nuevamente incompatibles.

Un ejemplo de ello puede radicar en los cambios introducidos por Pinel y Kraepelin. El primero, al ordenar prescindir del uso de cadenas para los alienados, así como del recurso de la inmersión en agua como forma de tratamiento de la alienación. De hecho, se refiere a ello como un delirio de los médicos, peor que el de los enfermos. Del mismo modo, Kraepelin denuncia luego de realizar un relevamiento del funcionamiento de los Asilos en Alemania, que en ellos los medios de castigo –dirigidos a obtener disciplina y sometimiento del enfermo en el interior del establecimiento–, no pueden ser distinguidos y diferenciados claramente de las medidas terapéuticas (Galende, 2006). Entre otras cuestiones, ello se debería a que usualmente se trata de la misma técnica, cuya supuesta finalidad es doble, tal como sostiene el director del Asilo de Stralsunde, al afirmar que “algunos azotes con vara de abedul obran verdaderos milagros” (Kraepelin, 1999, citado por Galende, 2006, p. 57).

Por lo tanto, tanto el Hospicio como el Hospital General, y hasta cierto punto el Asilo de Alienados, reúnen en un mismo espacio físico, una lógica terapéutica, una correctiva, y otra de castigo, sin evidenciar ninguna paradoja en su funcionamiento durante bastante tiempo.

Un dato para nada menor es el que refiere a la elección de los sitios geográficos en que se construyen algunos de estos espacios diferentes en la época del centenario (que es el momento en el que surgen en la ciudad de Rosario): en la misma calle (Suipacha) están la actual Unidad Penitenciaria de Detención N° 3 y el hoy denominado Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”. Se trata justamente de una zona caracterizada a comienzos del siglo XX por la presencia de muelles, prostíbulos, bodegones, habitada por rufianes, prostitutas, obreros, estibadores, mafiosos, etc. En suma, individuos considerados marginales.

Por su parte, el actual Hospital Carrasco (uno de los más antiguos de la ciudad, con 115 años de existencia), es ubicado en la misma zona, pero por otra calle –Bv. Avellaneda- unas cuadras más al oeste. Es creado prioritariamente para tratar enfermedades infectocontagiosas muy graves para la época, tales como la lepra, la peste bubónica, el tifus, el cólera, la viruela, la difteria y la tuberculosis. En sus comienzos hay salas organizadas en su interior a la manera de los pabellones y otras que su ubican por debajo del nivel del suelo (cuyos ventanales respiraderos pueden ser observados actualmente en el sector del patio). De este modo, se logra aislar no solo a los contagiados del resto de la población de la ciudad, sino que también se logra un aislamiento y una separación entre las distintas clases de enfermos.

En este caso, la razón de su ubicación en lo que en ese momento es el extremo oeste de la ciudad, es que al ser infrecuentes los vientos desde dicho punto cardinal, se ve reducida la probabilidad de que este fenómeno climático trasladara las enfermedades contagiosas hacia la zona más habitada del centro de la ciudad.

No es de extrañar, por lo tanto, que la primera nominación que dicho Hospital recibe es la de “Casa de aislamiento” (en 1914 se le cambió el nombre por el de Hospital “Intendente Gabriel Carrasco”). Las reseñas de la época refieren a que la nominación que la población le otorga es la de “lugar del buen morir”, o “casa de los lamentos” lo cual parece dar cuenta de una priorización de los fines de aislamiento por sobre los terapéuticos.

El ideal normalizador deviene eliminar en una sociedad caracterizada por tecnologías de poder disciplinarias. La utopía que postula la factibilidad del desarrollo de estrategias, tácticas, técnicas, saberes y conocimientos que logren reducir la brecha entre lo anormal y lo normal legitima el surgimiento de toda una multiplicidad de espacios radicalmente diferentes a otros espacios sociales con los que sin embargo coexisten. El aislamiento deviene así un recurso estratégico imprescindible en esta racionalidad normalizadora inherente a una sociedad que se muestra cada vez más medicalizada.

La medicalización del sufrimiento va seguida de una cierta naturalización de la enfermedad mental como una entidad en sí misma (...). No son sino los discursos en tanto prácticas positivas los que hacen aparecer a los fenómenos, y no los fenómenos los que hacen aparecer los discursos (Albano, 2006, p. 12)

Es decir que la medicalización de la sociedad legitima una lectura de ciertos fenómenos presentes en lo social siempre bajo la perspectiva de que se está frente una patología individual. En esta época, la medicalización implica casi espontáneamente la patologización y la individualización de toda problemática presente en lo social. Y ello habilita a determinadas estrategias y prácticas y no a otras, casi siempre caracterizadas por la circunscripción de conjuntos de individuos incluidos en cada categoría, en determinados circuitos que funcionan de manera exclusiva para sujetos atravesados por la categorización en cuestión.

Se institucionaliza entonces la lógica del encierro como respuesta biopolítica frente a lo irreductible de la sociedad, con el fin de corregir, curar, educar, normalizar. Sin embargo, para los casos en que las respuestas del aislamiento y de las técnicas de las anatómo-políticas no se presentan tan efectivas como se espera, surgen espacios como el mencionado “lugar del buen morir”, o la Colonia de Oliveros, en donde los individuos incurables son enviados desde principios del siglo XX para que pasen allí el resto de su vida.

Recapitulando, en la época de las biopolíticas del encierro, existen toda una serie de circuitos especiales organizados para determinados individuos que son dirigidos mediante mecanismos de poder sustentados en el saber médico, avalados por las instancias jurídicas, y completamente legitimados en lo social. Lo cual conlleva una suerte de amenaza psiquiátrica

Si no eres como todo el mundo, eres anormal; si eres anormal, estás enfermo. Estas tres categorías: no ser como todo el mundo, ser anormal, y estar enfermo, pese a ser muy diferentes se han encontrado asimiladas las unas a las otras (Droit, 2008, p. 76).

“En síntesis, patologización para justificar la medicalización, medicalización para justificar la institucionalización” (Contino, 2010b, p. 170).

En consecuencia, un punto de interés fundamental para el presente recorrido, es saber de qué manera se constituyen las heterotopías en una ciudad como la de Rosario, respecto de dos grupos poblacionales que en un cierto momento histórico requieren ser problematizados y que actualmente se consideran vulnerables: el de la discapacidad mental y el de la niñez vulnerada en sus derechos.

Por lo tanto, la pregunta se dirige a indagar si en la actualidad, continúan siendo atravesados los establecimientos vigentes en estos territorios por la racionalidad propia del abordaje institucional de las estrategias biopolíticas del encierro. Y, además, ¿siguen siendo elegidos para su emplazamiento físico los márgenes de la sociedad urbanizada? ¿Continúan las estructuras edilicias caracterizándose por grandes dimensiones, por un interior bien diferenciado del exterior, por los rasgos asilares de su circulación interna? ¿Permanece activo un modo de gubernamentalidad que determina al interior de estos *espacios otros*, una modalidad de distribución y funcionamiento de las redes del poder acorde al que puede observarse cuando se ejerce “el poder psiquiátrico en estado puro, casi sin reelaboración alguna”, por volver a utilizar la expresión de Foucault (2008c, p. 251)?

En los puntos siguientes se despliega lo que la historización de estas cuestiones permite visibilizar. En primer lugar, que cada uno de estos grupos de individuos ha ido requiriendo en un momento histórico determinado la conformación de una heterotopía acorde al modo en que se lo concibe. Y en segunda instancia, que ante el cambio de concepción de cualquiera de estas problemáticas, la heterotopía muta, se transforma en mayor o menor medida, reacomodándose al nuevo ordenamiento discursivo y de poder en cuya trama se encuentran insertos dichas objetivaciones.

3.2. Del patronazgo de la minoridad tutelada a la protección de los derechos de la niñez

Hasta alrededor de los siglos XVII y XVIII, el niño aparece como una figura anónima, un pequeño adulto que sólo recibe algo de atención y ciertos cuidados durante el lapso de tiempo en que no puede valerse por sí mismo (Ariès, 1987). Aun así, los fallecimientos de niños por causas del orden del descuido, del accidente, etc. son en este período extremadamente frecuentes.

Bajo la influencia del discurso religioso y jurídico, numerosos moralistas comienzan a instalar costumbres civilizadas y razonables para estas criaturas que deben ser protegidas (Belgich, 2006). Un ejemplo que lo atestigua es el hecho de que sólo a partir de 1850 en Francia se comienza a estar de luto frente al fallecimiento de un hijo (Perrot, 1991).

La racionalidad de este cambio radical de perspectiva en relación a la niñez, concierne a las transformaciones económicas y sociales producto de la consolidación del capitalismo industrial. El niño deviene importante para el futuro de la sociedad capitalista y en tanto tal, debe ser educado, instruido y preparado para el rol social que le espera. “Al problema de los niños, se agrega el de la ‘infancia’ (...). Ya no se trata sólo de producir una cantidad de

óptima de niños, sino de manejar de manera conveniente esta edad de la vida” (Foucault, 2012b, p. 218) (las comillas son del autor).

Moral, higiene, educación y salud comienzan a aparecer como preocupaciones preponderantes en la cotidianeidad familiar y social. Esto exige nuevas reglas de convivencia y obligaciones morales en las relaciones entre padres e hijos, lo cual permitió establecer una ética privada de la buena salud, un control colectivo de la higiene, y técnicas legitimadas científicamente de curación. Por ejemplo, hacia el siglo XVIII, el saber científico y las prácticas aportadas por el discurso médico comienzan a tomar el relevo respecto de lo que hasta este momento se encuentra a cargo de las nodrizas, comadronas o matronas, figuras cuyo saber provenía de la experiencia práctica. Ya hacia el siglo XIX, el establecimiento del médico de la familia, deviene un medio esencial no sólo de intervenir en el centro de la célula familiar, sino también de freno para los charlatanes y los médicos no calificados (Donzelot, 2008).

La medicalización de la sociedad va desalojando lenta pero progresivamente todas las figuras y prácticas cuyo modo de proceder no se encuentra legitimado socialmente por la pretensión de cientificidad del discurso en el que este proceso se sustenta (Perrot, 1991).

Esta transformación social fue consolidando de una manera inédita un dispositivo institucional trascendental en la sociedad moderna denominado *familia*. Y la familia deviene entonces en un elemento central para la gubernamentalidad de las sociedades occidentales y capitalistas: “es el punto de enganche para el funcionamiento mismo de todos los sistemas disciplinarios (...). Es el punto cero donde los diferentes sistemas disciplinarios se enganchan entre sí” (Foucault, 2008a, p. 105). La familia cobra una importancia crucial para la gubernamentalidad en un momento de reconfiguración de la racionalidad económica política de la sociedad, en tanto comienza a vérsela como un medio para el desarrollo de los individuos y para instalar la exigencia normativa de un buen comportamiento educativo, conyugal y sexual. Adviene así un movimiento que lleva a un pasaje del “gobierno de las familias al gobierno a través de las familias” (Donzelot, 2008, p. 10).

En la provincia de Santa Fe, por su parte, puede encontrarse que hacia fines del siglo XIX y principios siglo XX, la institucionalización de la familia fue un punto de sumo interés para el Estado: “desde la esfera pública, se consideraba a la familia como la célula básica para la formación del niño y del ciudadano, pilares del sostén de la nación, nexo entre lo íntimo y lo de afuera, adhiriendo al mandato de involucrar las buenas maneras domésticas con la buena conducta colectiva” (García, A., 2006, p. 97).

Se trata entonces de un momento histórico en que todas las estrategias biopolíticas en relación a la niñez se muestran solidarias con la consolidación de las políticas dirigidas a esta instancia institucional de la familia, acorde a lo que en cada Estado deviene necesario para su sostenimiento gubernamental.

Así, la exigencia de disciplinamiento de la sociedad que se encuentra en conformación, despliega casi sin límites técnicas de vigilancia en pos de la protección de las figuras que, de acuerdo a la lógica de la normalización, requieren ser tuteladas. Se traslada así —a través de este imperativo de resguardar la moralidad, la higiene y la salud de los niños— la reconfiguración producidas en el interior mismo de la familia, a los Conventos y Hospicios que alojan niños abandonados.

Las políticas sociales a fines del siglo XVIII ante los problemas de la infancia, se basan en la creación de espacios de albergue para los menores abandonados, a cargo de asociaciones conformadas por ciudadanos predispuestos a brindar cierta ayuda y asistencia a sectores de la población menos favorecidos. Estos espacios presentan una impronta de fuerte raigambre eclesiástica.

En 1775 se funda en Buenos Aires el primer instituto del país destinado a alojar niñas que quedaran sin familia. Es la denominada Casa de las Niñas Huérfanas, a cargo de Hermandad de la Santa Caridad, organización creada con la finalidad de dar sepultura a los fallecidos por epidemias.

Unos años más tarde esta misma organización tomará a su cargo la denominada Casa de Niños Expósitos de Buenos Aires (llamada también Casa Cuna), creada en 1779, con aprobación real, ya que fue fundada a instancias del Virrey Vértiz. Su nombre —expósito—

proviene de expuesto, o puesto afuera, ya que se destina originalmente a alojar los niños recién nacidos que quedan expuestos frente al abandono en la calle o en las puertas de los hogares de las familias más adineradas.

El edificio en el que comienza a funcionar esta Casa pertenece originalmente a los Jesuitas, quienes fueron expulsados en 1767 de esta región de América (Fernández, S., 2009).

En este lugar se pone en funcionamiento un aparato denominado torno, cuyo surgimiento puede ser ubicado en Rouen, Francia, en 1758 (Donzelot, 2008, p. 34). Su mecanismo opera impidiendo que se encuentren frente a frente quien lleva el chico para su internamiento, con quien lo recibe. Consiste en un aparato de madera, con forma de cilindro cerrado hacia un lado y abierto hacia el otro. Un timbre avisa que se pretende depositar un niño y un mecanismo manipulado desde el interior del Hospicio habilita la abertura destinada a recibirlo. De este modo, se logra abandonar niños sin que ningún miembro de la familia tuviese que exponerse en dicho acto, evitando el oprobio social.

Deviene a su vez evidente que el discurso religioso está claramente presente en estos espacios, tal como la leyenda inscrita en el torno de la Casa de Niños Expósitos lo atestigua: "Mi padre y mi madre me arrojaron, divina piedad ampara-me aquí". (Belgich, 2006, p. 107).

Esta estrategia pública llevada adelante por manos particulares, cuenta sin embargo con aval oficial, ya que para el Rey Carlos IV, el abandono o la muerte de niños "sucede con horror de la naturaleza, agravio de la caridad cristiana, y grave perjuicio del Estado por el detrimento de su población" (Irigoyen, 1913, p. 269).

Ahora bien, esta estrategia genera resultados no tan acordes a los esperados, ya que se ven incrementados el abandono por parte de las familias, por un lado, y la mortalidad infantil en los Hospicios por otro. En Francia se reprocha a la administración de los huérfanos las altísimas tasas de mortalidad de los menores, ya que el 90% muere antes de que "el Estado haya podido sacar provecho de esas fuerzas" (Donzelot, 2008, p. 19). En Argentina, por su parte, la mortalidad infantil en los Hospicios entre 1779 y 1838, es del 40% (Croce, 2008).

En función de ello, la modalidad de internación y el tutelaje de la infancia en general y los mecanismos dirigidos a la infancia pobre y/o abandonada en particular, comienzan a exigir algún tipo de ordenamiento. De este modo, los médicos empiezan a prestar atención al desempeño de las nodrizas, y comienzan a responsabilizarlas de las mayorías de las muertes y las taras producidas en la crianza, tanto en el interior de los Hospicios como en el ámbito privado de las familias (Donzelot, 2008). Por lo tanto, se considera necesario a principios del siglo XIX en la región del Río de la Plata, realizar una distinción en la infancia. Se encuentra así una división en tres grandes grupos, lo cual debería facilitar su abordaje: la pequeña infancia (hasta los siete años); la infancia (desde los siete hasta los catorce años), y la adolescencia (entre los 14 y los 21 años) (Cicerchia, 1998).

Hacia 1823 se crea la Sociedad de Beneficencia bajo la influencia de Rivadavia, cuyo origen es la Sociedad de Damas de Beneficencia y se hace cargo de la Dirección de la Casa de Expósitos –además de otros establecimientos destinados al bien de las mujeres-. Esto inaugura una nueva etapa, ya que "los discursos científicos y morales de la caridad cristiana se entrecruzan en las prácticas asistenciales; los establecimientos se clasifican y se dividen por funciones, patologías y población asistida" (Fernández, S., 2009, p. 56). Sin embargo, la negligencia en los cuidados de los menores alojados continúa siendo tema de preocupación para el Estado.

Estas prácticas sólo pueden legitimarse en un suelo socio histórico político que divide a la sociedad en tutores y tutelados. El niño es una de las figuras de tutelaje, pero no la única. Los locos, los criminales, los anormales, los vagabundos, los indígenas y las mujeres también se encuentran inscriptos bajo la figura de objetos de tutela, de un padre, de un marido, de un hombre o, en última instancia, del Estado mismo (Belgich, 2006). Cabe recordar sólo como ejemplo que en Francia la mujer no pudo disponer de su sueldo sino hasta 1907, año en que se promulga una ley que al fin lo posibilita. Hasta ese entonces, ambos sueldos eran administrados por el marido (Perrot, 1991).

Estas políticas que comienzan a implementarse durante fines del siglo XVIII y comienzos del XIX muestran la preocupación del Estado y sus instancias institucionales para mejorar las condiciones de sobrevivencia de la infancia. Pero a su vez comienzan a evidenciar una línea de intervención que muestra –tal como se visibiliza en otros territorios y frente a otras problemáticas- una clara especificidad: las intervenciones estatales directas sobre la población diagramadas bajo la forma de políticas públicas tienen por objeto siempre a los sectores más pobres (Ripoll, 2013).

Y ello trae aparejado consecuencias polémicas: por ejemplo, en casos en los que al tener por objeto mejorar las condiciones de un menor, deba determinarse su separación del grupo familiar de origen en pos de otra familia que se encuentre en mejores condiciones económicas para llevar adelante su crianza.

Sobre este suelo nace en Rosario el Hospicio de Huérfanos y Expósitos (tal es su nominación original), como un modo de respuesta frente al crecimiento de las desigualdades de la población del país producidas con la ola inmigratoria que trajo a Argentina alrededor de seis millones de personas entre 1851 y 1930 (Da Orden, 2005). Se pasa en este momento histórico de poco más de un millón y medio de habitantes en 1869 a alrededor de ocho millones hacia 1914 (Moreno, 2004).

Como lo sostienen numerosos investigadores e historiadores, la ciudad de Rosario es una de las regiones más afectadas por ello (Gallo, 2004). Se trata en su mayoría de gente que, escapando de la pobreza europea, llega a la pobreza argentina. En razón de ello, se da toda una serie de casos de familias que ya no pueden hacerse cargo de su prole. Prueba de ello es que, hacia fines del siglo XIX, el 82% de los niños abandonados son extranjeros (Fernández, S., 2009).

Ante la creciente proliferación de niños abandonados o huérfanos, las Damas de Caridad (entidad filantrópica fundada en 1869) constituyen en 1879 el Hospicio de Huérfanos en un terreno cedido por el esposo de la presidenta de las Damas (Dalla Corte & Piacenza, 2006). Este espacio constituye desde su fundación y a lo largo del siglo XX todo un emblema en la ciudad, representante de la racionalidad de asistencia vigente en la época.

Hasta su cierre en 2010, cuenta con una supervivencia de más de un siglo, con adaptación a la Ley de Patronato de 1919 de por medio. El Hogar deja de funcionar en medio de una crisis no sólo legal sino social, a partir de denuncias de abusos y maltratos realizados por el personal que debía estar a cargo de los niños, niñas y adolescentes (cuestión que se aborda más adelante).

A su vez, abre una extensión para niños varones en 1932 en la localidad santafesina de Alvear a cargo de la Sociedad de Beneficencia (Iraolagoitia, Garibay & Giani, 2009), que actualmente funciona como Institución de Alojamiento Transitorio a cargo de la Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia.

Hacia la década de 1880, la Sociedad de Beneficencia pasa a manos del Estado nacional, transfiriendo sus institutos educativos, asilares y hospitalarios al Ministerio del Interior (Fernández, S., 2009). En 1891 suspende el dispositivo del torno por la crisis económica que se atraviesa producto del proceso inflacionario causado por las dificultades para pagar los préstamos internacionales solicitados en esos años.

De este modo, a principios del siglo XX, “jueces, médicos y policías, en nombre de un «interés por el niño» dirigido al niño como ser social, multiplican las incursiones en el seno de lo privado” (Perrot & Martin-Furgier, 1991, p. 122) (las comillas son de los autores). Esta tendencia se ve reforzada a su vez por los requerimientos de las propias familias respecto de un ordenamiento social que contribuya a la resolución de las dificultades cotidianas y los conflictos internos. De hecho, el primer trabajo de Psiquiatría Infantil es de esta época, específicamente del año 1914. Se trata de la tesis de medicina, titulada *Infancia anormal y delincuencia juvenil*, a cargo del Dr. Heuyer (Belgich, 2004, p. 49).

Son estas condiciones de posibilidad las que permiten que en 1919 se promulgue la mencionada ley N° 10.903, comúnmente denominada “de Patronato de Menores” (o “Patronato de la Infancia”), promovida por el Dr. Luis Agote, legislador del Partido Conservador.

Esta ley se caracteriza por otorgarle al Juez de Menores la potestad de definir el destino de un *menor* –tal como se nomina al sujeto jurídico menor de 18 años–, en los casos en que se creyera necesario que la tenencia deje de ser ejercida por su familia de origen. De este modo, los padres o tutores son relevados por alguna instancia dependiente del Estado. De hecho, uno de los argumentos enunciados a favor de su promulgación, refiere explícitamente que “el Estado tiene el derecho de secuestrar a los menores cuya conducta sea manifiestamente antisocial, peligrosa, antes de que cometan delitos... No hay en ello restricción de libertad civil: el menor no la tiene y sólo se trata de sustituir la patria potestad por la tutela del Estado” (Demaría & Figueroa, 2007, p. 9).

A partir de esta ley, el Estado tiene permitido intervenir sobre los menores en riesgo, que comienzan a proliferar a principios de siglo XX en las calles de algunas grandes ciudades, producto de la mencionada oleada inmigratoria de grandes sectores pobres de Europa, dejando en evidencia una inequidad social cada vez más marcada.

Para cumplir tal política de intervención sobre la infancia, en las primeras décadas del siglo XX comienzan a vincularse a esta nueva normativa legal el funcionamiento de la mayoría de los grandes Orfanatos y Hospicios de menores que todavía se encuentran en pie (al menos ediliciamente). “Con la sanción de Ley de Patronato, la respuesta estatal a la ‘problemática’ fue el fortalecimiento y consolidación del asilo como dispositivo de control de esa niñez, fruto de inmigrantes pobres que habían llegado a la tierra prometida” (Bright, 2011, p. 162) (las comillas son de la autora).

A su vez, las posibilidades de intervención del Juez implican la potestad para establecer su propia definición respecto de quiénes son sus objetos de protección y por lo tanto, requieren de su tutela, disponiendo del destino de tales individuos hasta que alcanzan la mayoría de edad. Entre sus decisiones respecto de los menores de edad, se encuentra incluso la aplicación de la privación de libertad. “Las situaciones en las que el Juez podía intervenir de esta manera abarcan desde ser víctima de algún delito hasta ser imputado de un delito, e incluyen también todas las violaciones a sus derechos económicos y sociales” (UNICEF & Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, 2006, p. 33).

En función de ello, puede verse como un punto oscuro del sistema la escasa diferenciación entre quienes cometen un delito, quienes son víctima de delito o de abusos y quienes se encuentran en situación de abandono.

Por otro lado, es necesario remarcar que este derecho otorgado al Juez por la Ley de Patronato no deja de constituir un claro ejemplo legislativo que habilita a la construcción de circuitos específicos conformados por actores sociales que toman decisiones respecto de la vida de otros. Se hallan así –tal como se observa respecto de la discapacidad– direccionamientos a circuitos exclusivos cuyas reglas de funcionamiento son radicalmente diferentes a las del resto de la sociedad. Esto constituye lo que algunos investigadores han denominado una judicialización de la niñez vulnerada, que puede pensarse análoga a la medicalización producida en los territorios de la discapacidad (motriz, sensorial, mental y visceral). La consecuencia más extrema de esta estrategia biopolítica la constituye la reclusión en institutos o reformatorios.

A su vez, también emerge otro problema: el de los mecanismos específicos para cuando el menor cumpliera la mayoría de edad, momento en el cual el Estado pierde la capacidad jurídica para ejercer de tutor. Por lo tanto, se comienzan a implementar tácticas de sustitución de las familias de origen por otros grupos familiares que –de acuerdo a la evaluación del Estado– se encuentren en mejores condiciones para garantizar la supervivencia y la capacidad educativa del menor. Esto permite salvar dos dificultades: no sólo los inconvenientes de pertenecer a una familia pobre o imposibilitada para cuidar al niño, sino también de los problemas existentes al interior de los hospicios.

Puede precisarse, por lo tanto, que “los expósitos, huérfanos y finalmente menores, devienen sujetos socialmente instituidos a partir de las prácticas que lo han posibilitado” (Fernández, S., 2009, p. 54), ya que, al decir de Foucault, “las prácticas pueden engendrar dominios de saber que no sólo hacen aparecer nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer formas totalmente nuevas de sujetos y sujetos de conocimiento” (Foucault, 1999, p. 12).

De esta manera, la figura del menor en tanto nueva objetivación discursiva, se encuentra absolutamente vinculada a la racionalidad política de la época, caracterizada también por la judicialización de los conflictos sociales. Cuenta así con una fuerte vinculación con la preocupación respecto de la rectificación de la raza propia del Higienismo, la peligrosidad del inmigrante que avasalla la población criolla, las turbulencias de los anarquistas presentes en diversos movimientos obreros, y el despliegue de toda una serie de políticas públicas dirigidas a la consolidación de un ser nacional propio del Estado argentino.

Por su parte, las políticas públicas dirigidas a la delincuencia juvenil inauguradas con esta ley a partir de la figura de la situación irregular de menores en riesgo moral presente en el artículo 21, organiza su materialización primero apostando a los grandes Hospicios y más tarde en torno a Hogares-colonia destinados al alojamiento de estos menores, quedando generalmente a cargo de matrimonios y/o familias.

Los mecanismos pertenecientes a las políticas públicas referidas a la niñez abandonada, vulnerada y/o pobre descritos hasta aquí, se mantienen relativamente intactos hasta el final del siglo XX. Sólo se destacan algunas instancias orientadas al deporte y a las colonias de vacaciones implementadas por el primer gobierno de Perón en la década de 1940 y la creación del Consejo Nacional del Menor creado a fines de la década de 1950, destinado a coordinar las áreas que se dedican a abordar problemas de abandono, por un lado, y de conducta por otro.

Y, por último, deviene necesario mencionar que en el transcurso de la última dictadura argentina, entre 1976 y 1983, se ven profundizadas las más restrictivas políticas en relación a la juventud considerada delincuente y/o subversiva, llegando a utilizarse para su detención las instalaciones pertenecientes al Sistema Penitenciario Federal, en el mejor de los casos. En el peor, se utilizan los Centros Clandestinos de Detención, en los que las detenciones ilegales, torturas, violaciones, asesinatos y/o desapariciones no discriminaban entre menores y mayores de edad. De hecho, este sistema se vuelve a regular a través del Régimen Penal de la Minoridad presente en la Ley Nº 22.278 de 1980 y su modificatoria Nº 22.803, dictadas por esta última dictadura militar, las cuales sostienen la discrecionalidad del Juez a la hora de definir la situación procesal de menores.

Esta lógica es sostenida en Santa Fe por la ley provincial 11.452, que regula el Código Procesal de Menores. Ello ha llevado a la constitución de una instancia estatal denominada Menores en Conflicto con la Ley Penal –dependiente de la Dirección de Justicia Penal Juvenil-, la cual se encuentra actualmente supervisada por una Comisión de Seguimiento conformada por integrantes de múltiples procedencias y diversos institutos de rehabilitación de los menores en conflicto con la ley penal.

En lo formal, el objetivo buscado es reeducar o resocializar a cada menor de edad al ser separado de su medio familiar y comunitario, en tanto éste contribuiría a su desviada formación. Se evitaría así que se convierta en un futuro delincuente adulto.

Dentro de las probabilidades existe la paradójica posibilidad de que el menor imputable abandone los ya borrosos márgenes de los internamientos o reformatorios para ingresar a la fina estructura edilicia de las cárceles. No porque se lo quiera encerrar, sino porque se lo debe *cuidar* (Laus, 2013, p. 57) (la cursiva es de la autora).

Sin embargo, el objetivo logrado es exactamente el opuesto: “los institutos y reformatorios, además de violar los derechos de los niños y niñas internos, han sido verdaderas escuelas del delito” (UNICEF & Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, 2006, p. 33). No en vano Basaglia define estos institutos penales como instituciones de la violencia, que responden a una exigencia del sistema social, pero que “no sirve para la “rehabilitación” del encarcelado” (Basaglia et al., 1978, p. 17) (las comillas son del autor).

Ahora bien, hacia fines de la década de 1980, la lógica inherente a la Ley del Patronato se ve completamente cuestionada por un acontecimiento que transforma radicalmente los lineamientos jurídico-políticos del territorio de la niñez. Se trata de la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 1989) elaborada por iniciativa de la ONU, a la cual Argentina adhiere constitucionalmente en el año 1994.

A partir del viraje impulsado desde esta importante transformación, puede observarse tanto en las nuevas políticas públicas como en las obligadas modificaciones legislativas, que la figura del menor es reemplazada por la nueva figura jurídica del *niño, niña y adolescente* (que si bien se corresponde a sujetos diferentes, en lo discursivo siempre aparecen juntas). Un desplazamiento político que conduce a la sociedad a un cambio en la mirada, desde la imagen de un menor ubicado pasivamente en el lugar de objeto de tutelaje, hacia la del niño, niña o adolescente, concebidos ahora como sujetos de derechos.

Los actores sociales entrevistados vinculados al territorio de la niñez vulnerada, hablan de un “cambio de paradigma” cuando se refieren a las consecuencias jurídicas introducidas por la mencionada Convención. Un cambio de paradigma que también en este caso –tal como se observa en el territorio de la discapacidad mental- puede resumirse en el modo en el que el discurso jurídico se ve afectado por un cambio radical en las reglas de construcción de sus enunciados. Esto conlleva una reformulación de sus enunciados, sus conceptos, sus objetos y sus opciones teóricas. Y en consecuencia, emerge una nueva lógica en la construcción de las leyes concernientes a este territorio, generando un viraje radical respecto de la anterior legislación. Es decir, en la actualidad, a partir de que Argentina adhiere a la mencionada Convención, la lógica del “tutelaje y las prácticas de vigilancia inherentes a él están siendo interpeladas” (Belgich, 2006, p. 97).

En reemplazo de la mencionada legislación de 1919 –y no sin mediar importantes conflictos- se promulgó en el año 2005 la Ley de Protección y Promoción de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (N° 26.061).

El año de promulgación de esta ley visibiliza que, en Argentina, el debate legislativo se extiende desde la adhesión constitucional a la Convención de los Derechos del Niño, hasta más de diez años después. Santa Fe reglamenta a su vez, acorde a la ley nacional, la ley provincial N° 12.967, dando cuerpo al modo en que se promocionan y protegen los derechos de los niños, niñas y adolescentes en la provincia. En esta nueva ley, sustentada en un posicionamiento diferente

lo que define lo que pasa con un niño es un sistema interdisciplinario, no un Juez. Aunque una instancia [la Dirección de Niñez] termine firmando una medida excepcional, es en base a un conjunto de informes técnicos de los dos niveles de intervención de la Provincia, por lo que uno no se siente con el poder discrecional del Juez (comunicación personal de un referente de la Subsecretaría de Niñez).

De cualquier modo, la racionalidad del tutelaje del Estado para con el territorio de la niñez, no parece haber desaparecido a pesar del cambio de legislación. Ello queda atestiguado por algunas prácticas, algunas líneas en los discursos y también algunas instancias todavía denominadas “Patronato de la Infancia” presentes por ejemplo en la ciudad de Buenos Aires¹.

Además, respecto de los trabajadores afectados a trabajar con la niñez vulnerada, se da una reformulación radical de muchas de las prácticas que se venían sosteniendo hasta este acontecimiento por ser incompatibles con la nueva ley de Niñez, aunque en el contexto del cambio de ley y de reformulación de las prácticas, el personal sigue siendo el mismo. Se trata en algunos casos, de empleados estatales que se desempeñan en dicha área desde hace más de veinte años, lo cual llevó a decir a alguno de los funcionarios entrevistados que “tienen la cabeza formateada con la Ley de Patronato”.

En este nuevo suelo histórico político, se producen condiciones favorables para el surgimiento de la Subsecretaría de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia –de carácter provincial-, de la cual depende la Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de Niñez, Adolescencia y Familia de Rosario. Esta instancia estatal se propone básicamente promover los derechos de los niños por un lado y protegerlos cuando se ven vulnerados, por otro.

¹ <http://patronato-infancia.org.ar/>

Subordinada a la mencionada Dirección, pueden encontrarse varios programas, instancias y espacios que constituyen todo un entramado de circuitos específicos conformados por la nueva situación jurídico-política del territorio de la niñez vulnerada.

Los espacios y programas pertenecientes a la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la provincia de Santa Fe se dividen en dos niveles. El primero nivel de intervención de abordaje de las problemáticas de la niñez, lo conforman los Centro de Acción Familiar (siete en Rosario); los Centros de Día (más de veinte en nuestra ciudad); las Guarderías (existen cinco mediante convenios con la provincia); los Centros de Salud y Hospitales provinciales; las Escuelas y los Equipos Socio-Educativos; y el Centro de Orientación a la Víctima de Violencia Familiar y Sexual. Este primer nivel se encarga básicamente de realizar acciones en situaciones de urgencia, de amenaza o vulneración de derechos, además de desarrollar programas y actividades tendientes a promover dichos derechos.

El segundo nivel de intervención brinda asistencia técnica y jurídica para intervenciones concretas, y también tiene la potestad para adoptar y aplicar medidas excepcionales orientadas la protección de los niños en situación de vulneración de derechos. Se entiende por medida excepcional a la situación extraordinaria en la que un niño, niña o adolescente debe ser retirado de su ámbito y de su familia de origen, para resguardar su integridad, hasta que la situación que dio origen a este hecho riesgoso se resuelva. Esta situación no puede extenderse por más de un año y medio, de acuerdo a lo que especifica la ley provincial N° 12.967 en su artículo 51.

Entre los espacios e instancias pertenecientes a este segundo nivel, se encuentran los Equipos de Guardia ante Urgencias (con el dato llamativo de que ninguno funciona las 24 hs., los siete días de la semana); los Equipos Territoriales (que tienen a su cargo los casos correspondientes a distintas zonas geográficas de la provincia); el Área Legal (que ofrece asesoramiento jurídico gratuito sobre niñez); el Equipo de Vinculación Permanente (cuya función es la construcción de estrategias para la vinculación permanente de un niño a una familia diferente a la de origen, es decir, para la adopción); y las Instituciones de Alojamiento Transitorio (entre las cuales hay seis pertenecientes a la provincia, y dieciséis más inscriptas como ONG, divididas entre aquellas que cuentan con un convenio con la provincia, aquellas que no, y una que funciona casi exclusivamente para niños con discapacidad mental).

Además, existen en Rosario otros dos programas que complementan el funcionamiento de este último.

Uno es el Programa Familias Solidarias (PFS), instancia que selecciona familias, parejas o individuos para alojar temporalmente a niños que fueron retirados de su ámbito familiar de origen a través de una medida excepcional por haberse vulnerados sus derechos, y que, a la vez, no pudieron ser alojados por su familia ampliada (tíos, primos, padrinos, abuelos, etc.). En general se incluye a niños muy pequeños, como lo muestra el hecho que de los casi cincuenta casos que actualmente existen, casi todos son menores a los 2 años, excepto algunos pocos en que se supera esa edad, y uno sólo en el que el sujeto es adolescente.

El segundo es el Programa de Acompañantes Personalizados, que ofrece acompañar, auxiliar y sostener a los niños y/o a las familias en estado de crisis o urgencias subjetivas. En los Acompañantes Personalizados es en quienes cae el trabajo en terreno, realizando intervenciones concretas con los miembros de las familias que más lo necesitan, de acuerdo a la estrategia diagramada, para que las situaciones que han puesto en riesgo los derechos de un niño sean resueltas en el menor tiempo posible.

En medio de la conformación y consolidación de este conjunto de nuevas políticas públicas a nivel nacional y provincial y municipal, se produce el cierre del Hogar del Huérfano. Esta entidad emblemática de la lógica del “viejo paradigma” –por utilizar una expresión enunciada por estos actores sociales en las entrevistas-, comienza a declinar producto del cambio de esta Ley. Pero su precipitación adviene por una serie de casos de abusos físicos y sexuales denunciados en los medios de comunicación años después de que se venían sucediendo (tal como señala la edición digital del 1 de octubre de 2012 del diario El Ciudadano). También se denuncian maltratos físicos ocurridos en su interior, de acuerdo a la edición digital del diario Rosario 12 de fecha 28 de marzo de 2010; que también

en algunos casos, se vieron repetidos durante extensos lapsos de tiempo (según se sostiene en una nota publicada en el diario digital Rosario 3, de fecha 3 de agosto de 2011).

La visibilización de estos hechos generan fuertes críticas y cuestionamientos hacia la Comisión Directiva de las antaño denominadas Damas de Caridad, tal como queda evidenciado en una nota publicada el 28 de agosto de 2011 en el diario Rosario 12. El motivo del reclamo radica no sólo en su pasividad frente a los hechos denunciados, sino también en su actitud de encubrimiento en relación a ellos, y de rechazo respecto a la postura tomada para con las profesionales que los denunciaron desde un principio, quienes fueron despedidas.

Ahora bien, a pesar del optimismo observado en los actores sociales de este territorio por el cambio de lógica de un paradigma en decadencia, hacia otro que se muestra muy prometedor, puede encontrarse en las prácticas mediante las cuales el Estado provincial toma a su cargo los niños en situación de vulneración de sus derechos, cierta distancia y diferencia –en mayor o menor medida- de lo estipulado por las leyes. En ocasiones se trata de temas fundamentales, como por ejemplo el tiempo máximo durante el cual un niño puede ser separado de su familia de origen hasta que se defina su situación legal. La llamada “Ley de Niñez” (N° 26.061), especifica que no puede ser más de un año y medio, pero tanto personal de la Subsecretaría Provincial como de la Coordinación de los Equipos Territoriales, como personal de una Institución de Alojamiento Transitorio, reconocen que existen casos de niños que están alejados de su familia de origen y alojados en algunos establecimientos desde hace más de cinco años.

Otro de estos ejemplos a resaltar concierne al Programa Familias Solidarias. Según se sostiene desde la Subsecretaría Provincial, lo que “no puede pasar es que el afecto de estas familias se convierta en deseo de adopción”. Por lo tanto, la selección de las familias requiere actualmente de una serie de entrevistas previas que intentan garantizar la selección de casos que no sólo firmen que no reclamarán adopción, sino que además no los tengan o no los manifiesten. Pero tal como refiere personal de la Coordinación de los Equipos Territoriales “a las Familias Solidarias se les hace firmar una forma en la que renuncian a la adopción, pero una firma es una firma, yo puedo firmar que te voy a pagar algo y después puedo no pagarte nada”. Casos como el que se visibiliza en la edición del 1 de octubre de 2013 del diario digital Rosario 3, en donde una familia solidaria reclama la adopción permanente por la vía judicial, dan cuenta de ello.

Ahora bien, una serie de analizadores se desprenden de la materialidad discursiva que se recorta en torno a estos espacios destinados a alojar temporalmente a niños en situación de vulneración de derechos.

El primero es que comúnmente son denominados “Hogares” por los actores sociales, lo cual denota la racionalidad del discurso jurídico que los hace hablar. Es la nominación con la que nacen y el llamado cambio de paradigma parece no condecir un cambio en la mirada y en la manera de nominar.

Por otro lado, éstas se constituyen mediante una posición paradójica: vienen en sustitución de una familia que vulnera los derechos del niño, niña o adolescente (ya sea por acción u omisión), pero prescindiendo de ella.

Cuando la familia se hace trizas, cuando deja de cumplir su función, no tarda en introducirse toda una serie de dispositivos disciplinarios cuyo papel consiste en mitigar sus flaquezas (casas para niños expósitos, orfanatos, hogares para delincuentes juveniles, etc.). En suma, todo lo que podemos llamar asistencia social, todo ese trabajo social que aparece a principios del siglo XIX y va a cobrar la importancia que hoy le conocemos, tiene la función de constituir una suerte de tejido disciplinario que podrá sustituir a la familia, reconstruirla, y permitirá a la vez prescindir de ella (Foucault, 2008c, p. 109).

En tercer lugar, puede mencionarse un dato concerniente al género de quienes desempeñan la función de la Dirección, que constituye otro importante analizador. De los seis institutos ubicados en Rosario y alrededores que dependen directamente del gobierno provincial, todos excepto uno se encuentran dirigidos por mujeres. Cabe aclarar también que

es solamente desde principios del año 2013 que en ese único Hogar la Dirección se encuentre a cargo de un Director de sexo masculino.

¿Puede suponerse en este hecho actualmente vigente en la Dirección de Niñez, alguna línea de continuidad con los discursos religioso y pedagógico, que defienden la preeminencia de un individuo de sexo femenino para toda aquella instancia en que se tenga a cargo un niño, en especial si se encuentra en estado de vulnerabilidad? Cabe recordar la función que a sí mismas se atribuían las Damas de Caridad cuando decidieron comenzar a hacerse cargo de la supervivencia de los niños abandonados transitoria o definitivamente: “no ‘beneficiar á la desgracia y á la mujer-madre pecadora’ sino ‘la salvación de su inculpable fruto’” (sic) (Dalla Corte & Piacenza, 2006, p. 18).

Un cuarto aspecto que también constituye un analizador el hecho de que uno de los seis Hogares provinciales haya sido fundado en el año 1970, en una estructura edilicia que anteriormente se encontraba habilitada para funcionar como Reformatorio (establecimiento correccional destinado a menores que delinquen) y que luego haya funcionado para alojar niñas diagnosticadas con deficiencia mental. Este dato, tan significativo en el ámbito del abordaje de la niñez, muestra un inquietante punto de entrecruzamiento entre las estrategias correspondiente a las biopolíticas del encierro, con las de la inclusión.

El mismo espacio arquitectónico utilizado para el encierro de la niñez problemática por parte del Estado, es utilizado luego para el alojamiento de la niñez deficiente y más tarde para el “alojamiento transitorio” de niños en situación de vulneración de derechos, hasta que se defina su situación.

Como aporte empírico en relación a las líneas de visibilidad, uno de estas Instituciones de Alojamiento Transitorio de la provincia, es la elegida para ser visitada y formar parte de la materialidad empírica de la investigación.

Se ubica en la zona sur de la ciudad, trabajando en red con otros establecimientos terapéuticos y comunitarios (Centros de Día, Hospitales, Centros de Salud, etc.), lo cual implica trabajar en conjunto y de manera integral las problemáticas surgidas en la población de ese sector de la ciudad. Posee una suerte de plaza recreativa delante del edificio, con hamacas, tobogán, troncos que forman bancos y mesas, y otros juegos.

En su interior trabajan en total alrededor de 30 empleados, entre los que se encuentran la Directora, la psicóloga, la fonoaudióloga, la terapeuta ocupacional, personal administrativo, las porteras, las cocineras, el personal de limpieza y dos encargados de mantenimiento. En este momento hay alojados alrededor de 20 niños entre los que se encuentran niños y niñas de entre 4 y 15 años.

Cuenta en planta baja con una amplia cocina y un comedor, una sala de juegos y computación, baños, oficinas, y un pequeño hall que es utilizado para las visitas ocasionales. En la planta superior se encuentran las habitaciones, distribuidas según tres grupos de edades; chicas, medianas y grandes; duchas, casilleros, baños, y una habitación para las acompañantes institucionales.

La estructura edilicia y el estilo arquitectónico del establecimiento: todas las ventanas que dan al exterior tienen rejas, así como la abertura interior que comunica la recepción con la que escalera que lleva a los dormitorios. En este caso, se trata de una puerta de rejas que permanece cerrada con llave, “por una cuestión de prevención de los nenes chiquitos y el riesgo de las escaleras”, de acuerdo a lo referido por algunas Acompañantes Institucionales.

El funcionamiento interno del establecimiento también presenta rasgos disciplinarios en cuanto al emplazamiento de cada niño alojado. El comedor es una amplia sala con mesas distribuidas en dos filas cercanas cada una a una pared lateral, con carteles pegados en las paredes (escritos a mano y por los niños), en donde se especifica quiénes comen en esa mesa en particular. Por otro lado, en el pasillo que comunica a los dormitorios, dos grandes armarios con casilleros guardan las pertenencias de cada niño y cada niña en un casillero propio. Algunos de ellos tienen candado. Para evitar confusiones o apropiaciones indebidas, toda la ropa y las zapatillas tienen un número escrito con fibrón, que coincide con los que se ven en la puerta de los casilleros. Según se explica, luego de numerosas pruebas con distintas tácticas, “la mejor manera de evitar peleas por ropa que alguien agarra de otro” es que cada uno tenga un número que lo identifique.

Además, algunos carteles pegados en las paredes evidentemente escritos por los niños, emiten una suerte de recordatorio-advertencia en relación a las reglas de buena conducta: “No romper los vidrios de nuestra casa. Cuidar las cosas. No pegar. No insultar a los demás. No fumar”. Otro de ellos enuncia: “No escaparse. Cuidar las ropas. No tirar la comida. No salir del comedor. No escupir”. Un tercero prescribe: “No pegar a los chicos. Tener buen comportamiento para poder salir”. El régimen diario tampoco varía mucho de otros espacios disciplinarios, aunque últimamente haya habido algunos cambios. “Costó muchísimo hacerles entender a las preceptoras que los chicos que van a la Escuela de tarde no tienen por qué levantarse a las 6 y media de la mañana junto con los que van de mañana”, se refiere desde la Dirección.

Ahora bien, ese rigor disciplinario que de a poco se intenta ir flexibilizando, también se ve complementado por su contracara: la asistencia material y tutela afectiva de la niñez en situación de vulnerabilidad.

Una de las Acompañantes Institucionales afirma categórica que “más vale que nadie le toque un chico”. La casualidad quiso que las primeras dos letras de su nombre sean la M y la A. Tal vez no sea tanto el azar el que determine que en lugar de llamarla por su nombre o por el diminutivo que comúnmente suele utilizarse de él, los niños se dirijan a ella bajo el apodo “Má”. Otro significativo analizador, materializado en una sola sílaba, que deja en evidencia el lugar maternal desde el que se lleva adelante esa función.

La oficina de las Acompañantes Institucionales, además, está empapelada de carteles hechos por niños en los que se dejaba en evidencia a través de cartas, dibujos o frases, el afecto que sienten por ellas y lo agradecidos que están por todo lo que se hace por ellos. A esto se le suma a su vez, que este cargo es denominado en la época del Patronato con el nombre de “Preceptora”, nominación que sobrevive al cambio jurídico-político, por cuestiones de “costumbre”, según señalan los mismos actores sociales.

Hasta hace muy poco tiempo el lugar se subdivide en dos funciones: Hogar con Alojamiento (para niñas y niños en situación de medida excepcional) y Hogar de Día (para niñas y niños en situación de riesgo o en proceso de revinculación). En el 2012 renuncia al funcionamiento de la vertiente del Centro de Día que se había aplicado por decreto a comienzos de la década del 90, por razones de presupuesto y escasez de personal dedicado al desarrollo de esa actividad, dato que es todo un analizador en línea con los otros analizadores que permiten ver que el presupuesto que se destina a la niñez pobre y vulnerable en sus derechos, parece no alcanzar nunca.

Este recorrido permite visualizar la fuerte presencia en el interior de este tipo de espacios institucionales, de toda la función psi (Foucault, 2008a), a través de profesiones como la Psicología, la Psicopedagogía, la Terapia Ocupacional, además de la Fonoaudiología, el Trabajo Social, etc. Es decir, se materializa de diversas formas tanto el discurso médico como el discurso psi, sostenidos en la legitimidad que le otorga la normativa vigente del discurso jurídico.

Sumado a ello, el discurso religioso vigente desde los orígenes de estos establecimientos destinados a alojar grupos de individuos que hay que proteger, cuidar, reformar o corregir, continúa presente en la actualidad.

Foucault señala respecto de que las órdenes religiosas tienen si no la iniciativa, sí la responsabilidad de la gestión de estos establecimientos (Foucault, 2008a). Y en la provincia de Santa Fe, la situación no es en absoluto diferente. “Las mujeres ‘distinguidas’ tuvieron otro tipo de posibilidades de actuación: legitimadas socialmente, actuaron en las denominadas sociedades de beneficencia, en la caridad y en aquellas necesidades que el ámbito estatal había dejado en sus manos” (García, A., 2006, p. 97) (las comillas son de la autora).

La lógica del discurso religioso continúa viva también en el modo de posicionarse subjetivamente de algunos de los actores sociales que trabajan en este tipo de espacios. También se la visibiliza en la materialidad discursiva presente en las categorías utilizadas en la Fundamentación de sus Proyectos de Trabajo: “brindar afecto”, “cuidados”, “orientación”.

Este atravesamiento de diferentes discursos sociales (discurso psi, religioso, médico, jurídico), conlleva un complejo entramado de mandatos morales, prescripciones médicas,

propuestas psi, etc. Todo ello se despliega en el ámbito de un espacio de alojamiento que parece sostener lo más esencial de un ámbito disciplinario, en el que se le asigna a cada cuerpo un lugar, un modo de identificarlo, horarios, actividades, etc. Y las técnicas de la vigilancia jerárquica y la sanción normalizadora se presentan como fundamentales. No así el examen, que le corresponde a la Dirección de Niñez, mediante el cual se determina la continuidad de la estrategia o plan de trabajo de cada niño retirado de su familia de origen.

Así las cosas, el funcionamiento de la Dirección de Niñez debe leerse en relación a la gubernamentalidad actual (Foucault, 2009); esto es, en el suelo político de sendos gobiernos socialistas (provincial y municipal), caracterizados ambos por la escasez de recursos económicos.

De hecho, en la entrevista con la instancia de Coordinación de los Equipos Territoriales se explicita que no hay más plazas en ninguno de los Hogares provinciales. Por algo el Programa Familias Solidarias, según refieren desde dicha Coordinación, se ha vuelto “la estrella”, siendo presentado frecuentemente como la mejor opción para los niños en situación de medida excepcional en función de que sólo se abona un subsidio de alrededor de \$900 por cada niño alojado (cifra correspondiente al año 2013). Además, en las Instituciones de Alojamiento Transitorio no hay un sistema de reemplazos con su personal, tal como sucede en las Escuelas; por lo que la inasistencia de un trabajador recarga el trabajo de todo el resto.

Esta escasez de recursos no queda en evidencia sólo en el plano de personal empleado para esta área, o en el carácter desbordado de las tácticas vigentes. También se observa en los recursos edilicios destinados a la Dirección de Niñez: ninguna entrevista pudo realizarse en el espacio de trabajo propio del entrevistado. Casi todas fueron realizadas en bares; otra en la Dirección de Niñez, pero en un espacio diferente del correspondiente al empleado que nos recibió; y una última en un Centro de Acción Familiar.

Además, la situación actual de la niñez vulnerada se caracteriza por un hecho que se da en medio de la proliferación de crecientes zonas de la ciudad con necesidades básicas insatisfechas y por una inquietante presencia de narcotraficantes que se sirve de niños, niñas y adolescentes para sus peligrosas ventas ilegales, convirtiendo en cada vez más insegura a gran parte de la ciudad.

Esta situación de escasez generalizada de recursos se vincula a su vez con lo escuchado prácticamente en todas las entrevistas realizadas: excepto en dos casos puntuales de niños de clase media, la Dirección de Niñez siempre trabaja con casos de clase baja. “Siempre con la pobreza”, como sostienen la mayoría de los entrevistados.

Cada Equipo Territorial que hay en Rosario tiene a su cargo un promedio de trescientos casos. Ninguno de clase media o alta. Lo cual conduce a una pregunta: ¿no se dan situaciones de violencia, maltrato, abuso o abandono en otras clases sociales? “Yo creo que no llegan a la Dirección, porque se hacen atender en clínicas privadas, sanatorios, etc., en donde todo queda ahí. Yo no puedo creer que no haya casos de abuso en la clase alta”, refieren desde la Coordinación de Equipos Territoriales.

Al respecto, Bright, citando a Kochen (1993, p. 158), se pregunta: “¿qué pasa cuando un chico de clase media o alta comete un delito o se lo considera en riesgo? Por lo general no son ‘clientes’ de institutos, sino que son derivados a psicólogos, adquiriendo la categoría de ‘pacientes’” (2011, p. 163). La pobreza sigue siendo sometida a decisiones intervencionistas de tutelaje de un poder político que se niega a otorgar estatuto político a las problemáticas con las que se trabaja. Algo de esto se refiere desde la Subsecretaría de Niñez al especificar las situaciones de vulneración de derechos que ameritan que un niño sea retirado de su familia de origen para su protección, entre las cuales no está la pobreza. Se aclara explícitamente que “la situación económica no amerita una medida excepcional”. Ese abuso, ese abandono, ese maltrato macropolítico que condiciona perversamente lo microsocioal de cada familia, no es ámbito de injerencia de la Dirección, de la Ley de Niñez, ni de ninguna otra instancia del Estado.

La Dirección de Niñez puede leerse entonces como la instancia destinada a implementar estrategias políticas encargada de intervenir solamente en relación a las visibilidades de la vulneración de los derechos de la niñez en situación de pobreza y producidas por algún

miembro de su familia u otro adulto. Y el modo de hacerse cargo de esas visibilidades, es decir, de los casos en los que un niño es violentado en sus derechos ya sea por abuso, maltrato o abandono, se establece de una manera paradójica, en tanto es el niño quien es objeto de la mayor intervención jurídica y no el que perpetró el acto delictivo.

Se toman medidas excepcionales, casi siempre de manera exclusiva con los niños, retirándolos del lugar en que fue vulnerado en sus derechos como si la responsabilidad su ubicase de su lado, para volver a ubicarlo en un ámbito institucional completamente diferente al propio: Instituciones de Alojamiento Transitorio, familia ampliada o Familias Solidarias.

Estos recursos intentan ser presentados como progresistas, innovadores y acordes a la lógica de los Derechos Humanos, a excepción de los institutos que, al ser considerados una herencia de la época del Patronato, se esperan su transformación. Sin embargo, esto se lo ve demasiado difícil.

De todos modos, a pesar de lo innovador que parece el Programa Familias Solidarias, éste se remonta genealógicamente hasta el siglo XVIII, fecha en la que como se sostenía anteriormente, el poder médico comenzó a gestionar políticamente la vida de la población. Foucault afirma que, en dicha época,

la política a favor de los huérfanos abre instituciones especialmente destinadas a recibirlos y brindarles cuidados particulares, pero también se organiza un sistema de colocación de nodrizas o familias (...) donde encontrarán un medio de desarrollo más favorable, y económicamente menos costoso para un hospital, donde, de lo contrario, quedarían enganchados hasta la adolescencia (Foucault, 2012b, p. 221).

Por su parte, ya con una mayor cercanía temporal y en la misma ciudad de Rosario, Dalla Corte & Piacenza describen uno de los primeros modos en que comenzó a funcionar el Hogar del Huérfano desde su primer año de existencia, en 1879:

Entre las actividades que el Estado delegó en las Damas de Caridad figura la lactancia para mantener con vida a los bebés pequeños a cambio de una pequeña subvención mensual. Desde el primer momento en que el asilo abrió sus puertas, las Damas contrataron a innumerables amas de leche que se empleaban para dar de mamar a las criaturas abandonadas y huérfanas a cambio de un salario. La originalidad de esta estrategia radica en que los niños y niñas eran enviados durante meses a las casas de las nodrizas donde, por un tiempo, conseguían insertarse en la privacidad y la intimidad de la familia sustituta. Una comisión de Damas visitaba todos los meses a los niños y las niñas, así como a las nodrizas, para asegurarse de que todos ellos estaban bien de salud y de que las amas cumplían con la tarea encomendada. La sociedad benéfica afrontó prácticamente sola esta tarea ya que cuando el gobierno enviaba niños para que fuesen criados en el Hospicio, las Damas sólo recibían \$15 por cada uno de ellos, mientras el ama de leche cobraba, sólo por amamantar a cada criatura, entre \$6 y \$8 mensuales (2006, p. 19).

Parecen dos descripciones muy precisas del funcionamiento del mencionado Programa Familias Solidarias, a pesar de corresponder a dos momentos históricos muy diferentes, y en uno de los casos, a dos países distintos.

Además, como puede verse en las presentes referencias, se utilizan las mismas técnicas en ambos paradigmas: el del *Racismo*, tal como se denomina al modelo de intervención estatal orientado a aislar, a encerrar en los márgenes de la sociedad a todo aquél individuo que presentara una desviación respecto de la norma, y el de los *Derechos Humanos*, vigente en la actualidad, tendiente a respetar la diversidad e incluir la diferencia.

En las dos situaciones se retira al niño pobre de su ámbito; no por pobre, sino porque su familia –más allá de su pobreza- ha demostrado no estar a la altura de las circunstancias en lo que respecta a la buena crianza de ese niño. Sumado a ello, en las dos tácticas descritas, se explicitan los beneficios frente a la inserción en Hospicios o espacios de internamiento: económicos y sociales.

En relación al primer aspecto, está claro que resulta menos costoso otorgar un pequeño subsidio a un ama de leche, nodriza, o familia sustituta antes que sostener todos los gastos de una inserción institucional de tiempo completo. En cuanto al segundo aspecto mencionado, el social, parece más accesible la reinserción en la sociedad del niño habiendo sido parte de una familia, que habiendo estado internado en un instituto de características asilares.

Además, en ambos casos “se produce una solución judicial de la inseguridad civil, que encubre la necesidad de una solución política de la inseguridad social” (Bright, 2011, p. 160). Sin embargo, cabe destacar que, en la entrevista con personal directivo de Niñez, se hace referencia a la necesidad de que no exista tanta diferencia socioeconómica en la calidad de vida de un niño retirado de su hogar, ya que la revinculación (el proceso de retorno a su familia de origen) no suele ser tan sencilla cuando el niño se va acostumbrando a condiciones de vida tan dispares respecto de las propias.

Desde la Dirección de Niñez, no se hace mención de estos datos provenientes de la historia de Francia y de Rosario. Por el contrario, ubican como antecedentes de Programa Familias Solidarias a Centroamérica, Estados Unidos y España, y las provincias de San Luis, Mendoza y Buenos Aires en nuestro país, siempre como medidas políticas de excepción coherentes con el paradigma jurídico de los Derechos Humanos. Ni siquiera ubican como antecedente directo al programa Familias Sustitutas que lo precedió –también del gobierno socialista de la provincia de Santa Fe–, por no establecer una línea de continuidad en el modo de funcionamiento de ambas estrategias.

Ahora bien, dos aspectos deben tenerse en consideración a partir de estas políticas públicas que implican que sea siempre el niño el que es objeto de intervención, así sea basado en la proclama de la protección de sus derechos. Una de ellas es que tanto los Hogares, como las Familias Solidarias o las familias ampliadas, reciben casos que son derivados desde la Dirección de Niñez, con nombre, apellido, número de documento y legajo. Cada caso está individualizado e identificado. Se sabe exactamente la cantidad de niños que se encuentran en situación de medida excepcional, quiénes se encuentran en adopción y quiénes son objeto de intervención de los Equipos Territoriales y los Acompañantes Personalizados. La figura del Hogar del Huérfano abierto a quien se acerque, o bien la del torno, que posibilitaba dar en adopción desde el anonimato, no encuentran lugar en este nuevo suelo histórico político.

El segundo aspecto a tener en consideración, es que esta política pública, tal como cualquier otra, no puede darse sin consecuencias subjetivas.

No puede no producir efectos subjetivos el hecho de que el niño deba ser retirado de su familia, analizado por el sistema de Niñez, estudiado por los distintos saberes, peritado por diferentes disciplinas, revisado por diversos técnicos, incluido en un ámbito distinto al propio (ya sean Hogares, familia ampliada o Familias Solidarias) y en ocasiones, hasta expuesto por los medios masivos de comunicación (como ocurre con el emblemático caso de la niña que reclama la familia solidaria, de quien trascendieron sus datos personales a pesar de que la ley lo prohíbe expresamente). “Yo no analizo si la ley es lo mejor o lo peor para la subjetividad del niño, la aplico porque me salva el hecho que sea una construcción social en la que intervienen muchos actores, y se da a través de consensos, por lo que no me siento con el poder discrecional del juez de la época del patronato”, sostiene un profesional del Derecho de la Subsecretaría de Niñez.

Ahora, ¿no se corre riesgo de volver a objetivar al niño, no ya por negar su condición de sujeto de derechos –como lo hacía la Ley de Patronato–, sino justamente por exaltar de tal manera dicha condición que el niño no puede decir nada más? Son sus derechos quienes hablan en lugar suyo. “Ese mismo Derecho por el cual los niños han pasado a ser Sujetos, vuelve en sus prácticas a cosificarlos en nombre de su protección. Los encierra para cuidarlos y una vez más los aleja del escenario político”, afirma Bright (2011, p. 162). De hecho, en Santa Fe, se cuentan en 2006 2.878 niños institucionalizados por causas no penales y 157 por causas penales.

La gran mayoría de los niños, niñas y adolescentes se encuentra institucionalizada por causas de tipo no penal, lo que representa el 87,1% del total. Mientras que los niños, niñas y jóvenes privados de libertad por causas penales constituyen el 12,1% de la población (UNICEF & Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, 2006, p. 57).

Cabe destacar que la Convención de los Derechos del Niño excluye la internación como medida de protección, restringiendo la posibilidad de su aplicación solamente en situaciones penales (bajo la figura de la medida excepcional y siempre por el menor tiempo posible). Sin embargo, es evidente la persistencia de los sistemas institucionales y normativas tutelares vigentes en el país, contrarios no sólo a la Convención, sino también a la Constitución Nacional y a las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (UNICEF, 1990).

El análisis realizado permite visibilizar que por lo menos en la actualidad, los otrora Hogares han reconfigurado algunas de sus tácticas con la finalidad de subsistir en las políticas públicas vigentes en relación a la niñez, pero a la vez se ven atravesados por un entramado discursivo y de tecnologías de poder que no pueden ir a contramano de una determinada racionalidad gubernamentalidad.

Si la privación de libertad de niños, niñas y adolescentes es en sí misma una medida altamente irregular, esto se encuentra agudizado por el hecho de que (...) la mayoría de las personas menores de 18 años de edad se encuentran privadas de su libertad por una causa de las denominadas “de protección” o “asistenciales” (UNICEF & Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, 2006, p. 73).

La niñez es objeto de injerencia biopolítica, tal como lo es la discapacidad, las juventudes, las adicciones, el padecimiento mental (aunque estas dos últimas problemáticas deban todavía ser estudiadas desde esta perspectiva). Y tal como se ve en discapacidad, esta estrategia biopolítica estatal en relación a la niñez se evidencia como una intervención técnica sobre los pobres. Afirma Bright:

La niñez pobre ha sido y es objeto de ese biopoder, capaz de determinar apelando a fundamentos científicos el momento en que se inicia su vida, la permanencia o no en su medio familiar, la edad cronológica y madurez psicológica necesarios para que sea considerado responsable de sus actos y la necesidad de recluirlo para, paradójicamente, proteger su futuro y el de la sociedad toda (2011, p. 164).

Toda una serie de discursos sociales, instituciones y prácticas profesionales se articulan, se complementan, se reemplazan y se relevan para abordar las múltiples vías por las que las condiciones de vida insostenibles de la pobreza hacen mella en algún niño. Foucault sostiene al respecto que desde el siglo XVIII “se propone en el mejor de los casos acoplar la pobreza al aparato de producción para hacerla útil, y en el peor, aliviar lo más posible el peso que ella representa para el resto de la sociedad” (2012b, p. 215).

El recorrido de estas páginas intenta dar cuenta –de una manera escueta y algo acotada en tanto no es el tema central de la tesis- del modo histórico y político en virtud del cual se constituyen las actuales figuras del niño, niña y adolescente y sus modos de abordaje frente a problemáticas de abandono, violencia, maltrato, abuso o delincuencia.

Ello conlleva un despliegue vinculado a ciertos acontecimientos acaecidos en estos últimos siglos, cada uno de los cuales instituye un nuevo objeto discursivo.

Desde el siglo XVII y XVIII en concordancia con el surgimiento de la institución familia, se va contorneando en relación a la infancia, la figura un poco más específica del huérfano y del expósito, cuyo apogeo puede ser ubicado hacia la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Representa la noción de un ser que debe ser digno de asistencia, cuidados y protecciones, otorgado todo ello por ciudadanos notables, adinerados y/o filantrópicos. Estas estrategias públicas se ven legitimadas por razones del orden del discurso religioso, pero también respondiendo a la racionalidad económica de la época: el niño debe estar en condiciones de insertarse exitosamente en el mundo escolar y laboral.

Esta figura es más tarde reemplazada por la del menor, que puede ser pensada entonces como un objeto discursivo construido -en el caso de Argentina-, en el suelo histórico político de una importante preocupación y ocupación en relación a la consolidación de un ideal de Nación. Esta nueva figura del menor, emergida y legitimada por el discurso jurídico a partir de la segunda década del siglo XX, recorre casi todo el resto del siglo sin grandes conmociones, hasta que comienza a ser puesta en cuestión por la adhesión del país a la Declaración de los Derechos del Niño, ocurrida a comienzos de la década de 1990.

El recorrido jurídico-político que se extiende desde la infancia a la figura del expósito, que atraviesa la del menor y que llega finalmente a la de la niñez, muestra una reconfiguración de políticas públicas y un trastocamiento significativo en cuanto a los paradigmas jurídicos.

Sin embargo, ciertas modalidades de intervención se sostienen a través -y a pesar- de estas reconfiguraciones: prueba de ellos es la figura de los Hogares (que encuentran una cierta continuidad en las actuales Instituciones de Alojamiento Transitorio), y la de las amas de leche, nodrizas o familias sustitutas (que presentan una línea de continuidad con las Familias Solidarias).

Las heterotopías inherentes al modelo del encierro se han visto sin duda trastocadas y se presentan en la época de la inclusión con matices novedosos. Los espacios asilares de alojamiento e internación destinados al menor huérfano desde su nacimiento hasta los 18 años, no son comparables con las actuales Instituciones de Alojamiento Transitorio provinciales, que limitan el tiempo de intervención al año y medio. Sin embargo, los tiempos de alojamiento en algunos casos se extienden y potencialmente estas nuevas heterotopías pueden adoptar modalidades de funcionamiento cuyas características se asemejen a la estrategia biopolítica que precede a la supuestamente vigente.

Por otro lado, el sector de la población de la niñez que se ve atravesado por estas políticas públicas sigue siendo el mismo: es la niñez pobre la que parece requerir siempre algún tipo de asistencia por parte del Estado, sosteniendo un lugar en las redes del poder de la sociedad actual que lo deja a lo largo del tiempo en un lugar de tutelaje.

Y, por último, las elecciones tácticas correspondientes a las estrategias biopolíticas de la inclusión -inaugurado en este territorio con la Convención de los Derechos del Niño-, presentan un rasgo específico. Se caracterizan por inaugurar a partir de fines del siglo XX y principios del XXI, toda una serie de nuevas políticas públicas que toman por objeto a casos constituidos por niños que están identificados por nombre, apellido y número de documento. Una lógica individualizadora de las problemáticas de la niñez, que habilita a un direccionamiento político a circuitos exclusivos como estrategia hegemónica para su abordaje y llegado el caso, a la judicialización de sus manifestaciones.

3.3. De la adaptación de la niñez débil y retrasada a la inclusión de la discapacidad mental

La historización del abordaje de la niñez anormal o débil en la época de las biopolíticas del encierro, muestra una permanente oscilación entre las estrategias de internación, educación, tratamiento y formación laboral. Oscilación que todavía hoy continúa vigente.

La tradición heredada desde los países europeos posibilita que, en sus comienzos, el abordaje de los niños anormales se produjese de manera diferenciada y especificada bajo la instancia de la institución Educación, tal como puede hallarse en la historia de Francia por ejemplo.

En Francia, se crea en 1909 un anexo a la escuela primaria donde se incluyen a los niños portadores de las características mencionadas. Aunque existieron experiencias como las de Seguin en 1830, que implementó el trabajo con niños discapacitados mentales, a través de ejercicios memorísticos e imitativos (Belgich, 2005, p. 76).

En la región de Rosario, el primer espacio que sostiene este tipo de abordajes es la Escuela para Niños Retrasados (o Retardados según la fuente) de Rosario.

Este espacio dedicado al abordaje de la minoridad que no puede transitar por la escolaridad común es fundado en 1922 a instancia del psiquiatra italiano Lanfranco Ciampi y los argentinos Raimundo y Gonzalo Bosch, a partir de un proyecto del concejal Daniel Pérez.

Comienza a funcionar con veinte alumnos. Al año siguiente es trasladada a las instalaciones de la Facultad de Medicina y dos años más tarde al predio en el que se sitúa hoy el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, cuando todavía éste no estaba en funcionamiento. En dicho espacio se construye un pabellón modelo diagramado para funcionar exclusivamente con estos niños, espacio en el que comienza a funcionar desde 1927 (datos apostados mediante comunicación personal de profesionales del organismo; Gentile, 1995; De la Vega, 2010), continuando todavía en la actualidad.

Se trata de un predio que incluye algunas dependencias de la antigua enfermería Anglo-Alemana, que cesa de funcionar por razones políticas junto con el desencadenamiento de la Primera Guerra Mundial en 1914. Lo constituyen dos edificios de dos plantas, bajo el estilo arquitectónico de principios de siglo XX, rodeados de un parque muy amplio, arbolado y con algunos bancos, y con caminos de piedra marcados en el suelo que conducen a sendos ingresos. Si bien en sus comienzos la zona era relativamente despoblada por encontrarse prácticamente en las afueras del ejido urbano, actualmente se encuentra en una zona muy transitada. Se ubica al lado del Centro Regional de Salud Mental y de la Facultad de Medicina, y a escasas cuadras de las Facultades de Odontología, Fonoaudiología, Farmacia y Bioquímica, etc. También se encuentra a pocos cientos de metros la Terminal Municipal de Ómnibus “Mariano Moreno”. Además, numerosos comercios, bares, boliches y un espacio para todo tipo de eventos públicos y privados denominado “Patio de la Madera” complementan el panorama.

Bajo la impronta de una práctica inserta en lo social (heredada por Ciampi de la perspectiva de la pedagoga María Montessori), en 1928 la Escuela se integra bajo la figura de Servicio Asistencial a la cátedra de Neuropsiquiatría Infantil, también a cargo del psiquiatra italiano. También ese mismo año se crea tres instancias muy importantes: el Instituto de Psiquiatría (integrado por tres cátedras, la de Psiquiatría, la de Neuropsiquiatría Infantil y la de Psicología Experimental), la Escuela para Niños Retardados, y el Hospital de Alineados, cuyo reglamento fue aprobado ese mismo año (García Riera; Caraballo; Sosa; Valongo & Utgés, 2010).

Cabe destacar que la cátedra de Psiquiatría Infantil inaugurada en 1922, es la primera en el mundo, y según sostiene Ciampi, “fue acogida años más tarde, con carácter de imperiosa necesidad para los estudios psiquiátricos, acá y allá, en las Escuelas Universitarias” (Facultad de Medicina, 1945, p. 3).

Este establecimiento cuenta con un período de tiempo que transcurre entre la década de 1930 y de 1940, en el que su nominación pasa a ser Escuela de Readaptación. De acuerdo a comunicaciones personales de personal que trabaja allí, hubo niños internados durante estas décadas, funcionando a la vez como Escuela Diferencial y como Hogar. La cantidad de niños –entre concurrentes e internados-, superaba los 300 (comunicación personal de una ex directiva del lugar).

Hacia el año 1945, luego de 23 años de trabajo, Ciampi se retira. Llegó a ocupar el cargo de Director de la Escuela para Niños Retrasados; el de Profesor Titular de la cátedra de Psiquiatría Infantil; fue organizador y Director del Hospital de Alienados (actual Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”) desde su inauguración el 2 de octubre de 1927 hasta diciembre de 1934; Profesor Titular de la cátedra de Psicología de la carrera de Medicina desde 1928 hasta 1945; y fundador de la “Escuela de Ortopsicopedía” en 1942, cuya función era “la preparación del personal destinado a la enseñanza y a la reeducación de los niños nerviosos, anormales y retardados” (Facultad de Ciencias Médicas, 1945, p. 5), según sostiene el mismo Dr. Ciampi en su nota de despedida a las autoridades de la Facultad.

Más tarde, durante la dirección del Dr. Luis Alberto Vincent (1968-1983, interrumpida sólo durante el lapso de tiempo del gobierno de Perón), se sustituye su nombre por el de Escuela de Adaptación, por considerar más apropiada esta última nominación.

Se constituye entonces una forma de organización pionera en el país, que articulaba lo terapéutico con la formación y la capacitación laboral. Funciona una Asociación Administradora que lleva adelante un Taller Tutelado, realizando trabajos en *plastigraf*, con la técnica de *planograf* (García Riera et al., 2010). La actividad laboral se realiza mediante el sistema de la usura pupilar, es decir que los beneficios económicos están destinados para los denominados “alumnos-pacientes” (comunicación personal de trabajadores del lugar). En esta época, todos utilizan guardapolvos grises, y se entra a las 8 de la mañana, horario señalado mediante un sonoro timbre que ofrece reminiscencias del de las fábricas. También se desayuna y se almuerza allí mismo. Los alumnos-pacientes se encuentran siempre entre los 12 y los 18 años, y son egresados de la Escuela de Adaptación. Cada menor es portador de una Libreta de Ahorro de usura pupilar, mediante la cual se garantiza, por un lado, que cada uno cobre en función de su producción, y por otro, que hasta la mayoría de edad nadie tocara el dinero que se iba acumulando (dato obtenido mediante una comunicación personal de empleada del instituto). Para la concreción de tal objetivo, se cuenta con la participación de un Juzgado de Menores. A partir de dicha edad, se intenta lograr con los pacientes-alumnos un redireccionamiento laboral hacia el ámbito privado, en espacios de características similares. Quienes no presentan las aptitudes necesarias para el trabajo en *plastigraf*, o no le es posible la utilización de las herramientas pertinentes, son incluidos en otras actividades, pasando también por los procesos de adaptación y maduración (que eran fases previstas para el proceso de trabajo).

Hasta el año 1972 –cuando cambian los directivos con el advenimiento de Perón en la presidencia de la Nación-, el Taller Tutelado funciona en el primer piso del edificio de la Escuela, mientras que en el segundo se encuentran los adultos internados. A su vez, en el edificio adyacente que, en la actualidad, perteneciente al Servicio de Fonoaudiología, funcionan los consultorios externos en planta baja y la Escuela en el primer piso. Los nuevos directores, Lambruschini y Cejas no parecen contar con la postura de tratamientos llevados adelante mediante el complemento de las actividades laborales de características fabriles, por lo que todo este proyecto –que llega a contar con numerosos clientes en la región de Rosario- se ve truncado y ya nunca más retomado.

En el transcurso del último gobierno de facto en Argentina, es cuando se viven los tiempos más difíciles del establecimiento, ya devenido en Escuela Especial. Vuelve como director Vincent, esta vez acompañado por Jorge Luis Crespo, se pretende vaciar el lugar y suspender los derechos laborales. Se cierra el espacio escolar, convirtiendo el edificio en un Hospital de Día para adictos a las drogas.

Estos cambios se extienden hasta el retorno de la democracia, época en que vuelve a funcionar la Escuela Especial, esta vez legitimada a través de concursos realizados durante el año 1989, lo cual conlleva la jubilación de Vincent y la asunción de la Dirección por parte de la psicóloga Gloria Annoni.

Con ello se producen dos grandes virajes: uno clínico y otro académico. El clínico implica el ingreso de las perspectivas psicoanalíticas al ámbito de la escolaridad especial, y el académico concierne a la apertura del lugar nuevamente a la Universidad, con todas las posibilidades que ello conlleva. En el período en que Annoni dirige el espacio, por razones terapéuticas y laborales, promueve su modificación para que sea habilitado como Centro de Día, de acuerdo a lo que posibilita la ley 24.901, figura bajo la cual funciona actualmente.

Sin embargo, el cambio que no se produce de una manera tan significativa es el de los sectores de la población que acceden al actual Centro de Día: “clases sociales bajísimas”, al decir de una empleada del lugar. “Sólo en 1989 y en el 2001 hubo algunos casos de clase media”, agrega. Ambas fechas se corresponden con momentos de crisis económicas, elevada inflación e aumento del nivel de desocupación, cuestión que pudo haber modificado el estrato social de una cierta parte de la sociedad argentina en general, y rosarina en particular.

Cabe destacar que la inicialmente denominada Escuela para Niños Retrasados es un establecimiento público que aglutina la mayoría de los casos de retraso mental en niños durante el siglo XX en la ciudad de Rosario.

No es sino hasta el año 2010 que se anuncia un convenio para la construcción del “primer Centro de Día público para personas con discapacidad”, según refiere la edición del 4 de diciembre de dicho año de la revista online El Fisgón Digital. Este anuncio es realizado el día anterior, 3 de diciembre, en el cual se celebra el Día Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (de acuerdo a una propuesta de la ONU), un hecho que puede pensarse como nada casual: la visibilización de los actos de gobierno que conciernen a una problemática tan ligada a la lástima, a la solidaridad y al tutelaje siempre son un aporte positivo para la gestión.

Esta curiosa proclama de ser el primero de su tipo, que en primera instancia puede leerse como una suerte de olvido u omisión, constituye sin embargo todo un analizador. Pueda visualizarse en esta omisión una nueva muestra de esa escisión en las políticas públicas y en las legislaciones de las que hablan los organismos y las instancias que estudian la cuestión de la discapacidad.

Cabe destacar al respecto que este nuevo Centro de Día no está conformado bajo la órbita del gobierno de la Nación, sino del provincial. Ambos se encuentran sostenidos actualmente por signos partidarios diferentes y en plena competencia de las respectivas instancias de gobierno. El nacional, bajo una vertiente específica del Partido Justicialista: el Frente Para la Victoria (FPV) o Kirchnerismo (en alusión al ex presidente ya fallecido Néstor Kirchner); y el ejecutivo provincial, bajo el Partido Socialista.

El 26 de abril de 2013 es finalmente inaugurado (tal como refiere el portal de Noticias del sitio web del gobierno de la provincia de Santa Fe).

En esta inauguración –casi tres años después del anuncio de su construcción- se especifica que la adjetivación de “primero” remite al hecho de funcionar en conjunto con un Vivero Agroecológico Municipal, cuya organización depende de una ONG, denominada Elina. Se trata entonces de un “Centro de Día Agroecológico”, aunque ésta sea una figura no contemplada en las legislaciones, que se encuentra en el entrecruzamiento de la Municipalidad, la Provincia y dicha ONG. Según consta en el portal de Noticias del gobierno de la Provincia de Santa Fe, de fecha 25 de abril de 2013, la Subsecretaria de Inclusión para Personas con Discapacidad espera que se produzca

un vínculo de los sujetos con discapacidad con la tierra, las flores, las plantas, el aire libre, los animales, el fortalecimiento de los vínculos interpersonales y sociales, la producción, lo que hemos comprobado provoca efectos subjetivos muy interesantes y distintos, que mejoran notablemente sus posibilidades de integración.

Una vez más, la impronta del vínculo con la naturaleza para el tratamiento de los irreductibles al Sistema Educativo, emergida en Argentina a principios de siglo XX, presenta una línea de continuidad con esta nueva propuesta estatal.

Ahora bien, cabe destacar que además del actual instituto “Ciampi”, existe otra instancia que nace funcionando bajo la modalidad de Hogar. Se trata del denominado Hogar Granja “Lanfranco Ciampi”. Se ubicaba en un parque de algo menos de una hectárea, rodeado por un enrejado en la zona sur de la ciudad.

Bajo dicha figura, se funda el 26 de enero de 1970, y comienza a funcionar destinado a alojar niñas categorizadas como diferenciadas, manteniéndose de este modo hasta la primera década del siglo XXI, en que es incluido en la figura legal de Instituto de Alojamiento Transitorio por la provincia.

Surge tras la muerte del Dr. Ciampi, de la mano de un grupo de profesionales (entre ellos médicos, psiquiatra y trabajadoras sociales), a la manera de una respuesta frente a los casos de niños retrasados o diferenciados que se derivaban a la Colonia de Oliveros, según consta en el punto referido a la Historia de la Fundamentación del Proyecto de trabajo del lugar (Dirección Provincial de Promoción de los Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia, 2012). La mencionada Colonia consiste en un espacio pensado originalmente para

pacientes alienados, en los que no se contemplaba su condición de niñez o adultez, a donde se derivaban aquellos casos que según se pensaba, no tendría posibilidades de reinserción social. De ahí la conformación bajo la modalidad de Colonia. Se observa así el modo en que la estrategia de internación -con la consecuente marginación y aislamiento de este sector poblacional en cuestión- no discrimina por edad, diagnóstico ni pronóstico.

Cabe mencionar que anteriormente a ello, hay en otros lugares en el país que constituyen antecedentes de menores alojados en espacios con características asilares destinados al abordaje de la alienación mental:

Durante el último cuarto de siglo XIX, (...) hay registros de niños en el Hospital Nacional de Alienadas, menores de 10 años junto a adultos, según datos de la Sociedad de Beneficencia. También hay niños en el Hospicio de las Mercedes (Rossi, 2009, p. 23).

Por lo tanto, dada la relativa asiduidad con la que se realizan estas prácticas de internación, el Hogar Ciampi surge bajo la necesidad de disponer de un espacio en la región de Rosario que evite que niñas menores de edad con diagnóstico de retraso mental sean derivadas a un espacio que imprime un destino tan poco flexible, tal como es en la mencionada época la Colonia de Oliveros.

En sus inicios, el Hogar funciona bajo la modalidad de puertas cerradas, en correlación al momento de las estrategias biopolíticas del encierro, vigente todavía en dicha época. Cabe destacar al respecto, que el edificio no fue construido con la finalidad de un Hogar para niñas diferenciadas, sino que inicialmente funciona allí un Reformatorio; esto es, un establecimiento correccional destinado a menores de edad que hayan cometido algún delito penal. De ello da cuenta, por un lado, el lugar geográfico elegido: una vez más, en los márgenes de la ciudad, ya que, al momento de su construcción, ese sector de zona sur no se encontraba con la densidad poblacional que puede observarse hoy. Y por otro, la estructura edilicia y el estilo arquitectónico del establecimiento: todas las ventanas que dan al exterior tienen rejas, así como la abertura interior que comunica la recepción con la que escalera que lleva a los dormitorios.

En sus inicios existen grados radiales de una Escuela Especial de la zona sur de la ciudad. De acuerdo al decreto provincial N° 2679 del año 1993, “se denomina grado radial a la sección que atiende alumnos con discapacidad y funciona en el ámbito de la Escuela Primaria Común o en otras Instituciones”.

Se trata entonces de un Hogar de internación que representa una de las primeras formas de abordar la niñez diferenciada en un establecimiento que no es exclusivamente educativo. En 1983, se flexibiliza esta modalidad y se implementa lo que se llama el sistema “de puertas abiertas”, trasladándose los grados radiales a su Escuela de origen y las niñas comienzan a concurrir a estos establecimientos escolares para continuar su educación formal en los espacios apropiados y no marginados del resto.

A comienzos de la década de los 90 se empieza a pensar en una alternativa para los casos en los que las condiciones socio-familiares de los sujetos en situación de discapacidad requieran una asistencia que no se vea limitada a lo individual. Así el 26 de julio de 1993, se aprueba por decreto la apertura del Hogar de Día del instituto Ciampi. En 1994, con la adhesión argentina a la Convención de los Derechos del Niño elaborada por la ONU en 1989, esta línea de trabajo se ve legitimada y el Hogar se adentra en un viraje político que se continúa con la sanción de la Ley Nacional Protección Integral de los Derechos del Niño en el 2005, que se aplica a nivel provincial en el 2010.

Se trata entonces, una vez más, del viraje político presente en el cambio de “paradigma” (al decir de los actores sociales entrevistados) producido en el discurso jurídico en toda una serie de áreas luego de la Declaración de los Derechos Humanos.

En el territorio de la niñez este cambio llega a nivel internacional en la década de 1990 y al plano nacional en el año 2005.

En lo que concierne a la discapacidad, el tránsito se observa más progresivo hasta la concreción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en el 2006, que se instala legalmente en Argentina dos años más tarde. De todos modos, la

adecuación de las políticas públicas y de las prácticas profesionales al nuevo posicionamiento político, se encuentra en pleno proceso, para nada consolidado todavía.

Otro instituto emblemático de la ciudad de Rosario, es la Escuela Especial denominada Defensa Integral de Niños y Adolescentes Diferenciados (D.I.N.A.D). En Rosario, se funda en el año 1964, y surge en línea con otros institutos análogos que abren en otras ciudades del país la misma organización. Se trata de un lugar muy significativo en la historia del abordaje del retraso mental en Rosario no sólo por la trayectoria institucional, sino también por las huellas y la impronta que han logrado transmitir a los concurrentes, familiares, profesionales y gran parte de la sociedad en general. De hecho, la mayoría de los sujetos en situación de discapacidad mayores de 40 años entrevistados, había concurrido en algún momento de su vida -en general durante su adolescencia o juventud- a este instituto.

Por último, otro espacio importante en la historia de la región es el denominado Cottolengo Don Orione, ubicado en la localidad de General Lagos, cercana a la ciudad de Rosario. Su trabajo se complementa con un Hogar y Centro de Día -llamado "refugio" por quienes lo llevan adelante-, que se ubica en la zona norte de la ciudad de Rosario.

Su fundador, el sacerdote católico Luis Orione, denomina a su creación "Pequeña Obra de la Divina Providencia, para que Religiosos y Laicos". Pero toma el nombre con el que habitualmente se lo conoce de San José Benito Cottolengo, quien en Turín realizara obras en las que se inspira este sacerdote italiano.

Los primeros *pequeños Cottolengos* surgen en Italia y luego se van expandiendo a otros países, siendo en total 30 en este momento en todo el mundo los que cuentan con al menos un Cottolengo. En una serie de visitas a Argentina entre las décadas de 1920 y 1930, funda varios en este país, entre los cuales se encuentra el de esta región. Actualmente, hay en el país 16 Cottolengos y Hogares, que alojan a más de 1.500 sujetos en situación de discapacidad.

Trabaja en relación a la atención integral de la salud, a la integración a un medio que sustituya material y afectivamente el ámbito familiar, a la rehabilitación y educación especial, y a la asistencia espiritual. Para todo ello dispone de parroquias, capillas y santuarios. Trabajan a su vez con misiones y una pastoral juvenil. También cuenta con Hogares y Centros de Día, en razón de que según refieren, los Estados no logran tomar a su cargo el problema de la pobreza, la falta de alimentación, de vivienda, etc. de la niñez. Y ello a pesar de que la Convención de los Derechos del Niño, obliga a los Estados garantizar la protección y el cuidado integral de este sector poblacional. Cuenta, por último, con su propia Escuela o Centro Educativo Orionita, que presentan un carácter popular y evangelizador, según se refiere desde dichos espacios.

Cuenta además con un programa de radio que sale al aire todos los viernes y talleres en donde se realizan distintas actividades laborales (panadería, cerámica, repostería, manualidades, etc.), que se venden en el salón de ventas "Rayito de sol", ubicado en la portería del lugar.

El nombre "Rayito de sol" se constituye como un analizador, en cuanto porta a la impronta de la iluminación, permanentemente presente en distintos ámbitos del lugar.

Ello da cuenta del modo en que el discurso religioso se encuentra, como es de esperar, fuertemente presente en sus espacios. Y a partir de su despliegue se desprenden algunas implicancias, entre ellas, la de la caridad, la lástima, el asistencialismo, la solidaridad, la piedad. Por ejemplo, ofrecen distintos modos de colaboración para quienes no forman de la familia orionita -como se autodenominan-, entre los cuales están las donaciones económicas o materiales, el trabajo voluntario, el aporte monetario mediante una cuota societaria o bien mediante la participación en eventos culinarios realizados una vez al año, e incluso dando a conocer el lugar mediante su difusión por internet (a través de mail y redes sociales).

Cuentan con su propio sitio web de donaciones, sus propios camiones con los que retiran las mercaderías y una feria solidaria en donde venden productos y materiales propios.

La frase de bienvenida es otro valioso fragmento de materialidad discursiva que permite vislumbrar la fuerte presencia del discurso religioso, en tanto se presenta como un lugar que nunca se permitiría rechazar a nadie (incluso si no posee religión):

En la puerta del Pequeño Cottolengo no se le preguntará al que entre si tiene un nombre, sino tan solo si tiene un dolor. (...) De cualquier nacionalidad, de cualquier religión; o aun sin religión.

Pero permite visualizar también la modalidad de política social que lo sustenta: la de no indagar en la identidad ni en la historia de quien asistido. Como en la época del turno en relación al territorio de la niñez, el anonimato y la apertura general a quien requiera de su asistencia son los rasgos distintivos de esta modalidad de funcionamiento.

Es recién hacia la década de 1990 que surge una nueva modalidad política y jurídica que permite habilitar espacios terapéuticos, prescindiendo de los objetivos pedagógicos. Se proponen entonces servicios específicos en favor de los sujetos en situación de discapacidad mental con la promulgación de la ley N° 24.901-. Se entiende por servicios específicos a las prestaciones básicas que se prescriben de acuerdo a las características de cada "patología (tipo y grado), edad y situación socio familiar" (según se señala en el capítulo V). Incluyen las siguientes opciones:

- *Estimulación temprana* (llevada a cabo en las primeras etapas evolutivas del niño en situación de discapacidad);
- *Educación inicial* (proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, desarrollado entre los tres y los seis años, pudiendo ser llevado adelante en programas especiales o bien en integración escolar);
- *Educación General Básica* (proceso educativo que comienza a los seis años hasta su culminación, pudiendo llevarse a cabo también en un servicio escolar especial o común);
- *Formación laboral* (que remite a la preparación adecuada de un sujeto en situación de discapacidad para el mundo del trabajo);
- *Centro de día* (servicio brindado al niño, joven o adulto en situación de discapacidad severa o profunda, tendiente a potenciar el desempeño en la vida cotidiana a través de la búsqueda del máximo desarrollo posible de sus potencialidades);
- *Centro Educativo Terapéutico* (servicio cuyo objeto es la incorporación de conocimiento y aprendizaje de orden educativo, a través de metodologías y técnicas de carácter terapéutico);
- *Centro de Rehabilitación Psicofísica* (servicio especializado interdisciplinario de rehabilitación para estimular, desarrollar y recuperar al máximo posible las capacidades de un sujeto); y
- *Rehabilitación motora* (vinculada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades discapacitantes en lo motriz).

Cada uno de estos servicios se encuentra regulado y reglamentado a través del *Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad* (Ministerio de Salud de la Nación, 2000) pero modificado en algunos puntos posteriormente, en el cual se especifica detalladamente los alcances y las características de cada prestación. Por ejemplo, las modalidades de concurrencia a este tipo de establecimientos, puede ser simple (cuatro horas); doble (7 horas); reducida (simple o doble, dos o tres veces por semana); o de alojamiento permanente (ya sea de lunes a viernes o incluyendo sábado y domingo).

También se fijan aquí los criterios de categorización y evaluación de las prestaciones institucionales vigentes.

A su vez, a estos servicios específicos se le suman los servicios alternativos al grupo familiar, destinados a los casos que por diversas razones no le es posible a un sujeto en

situación de discapacidad permanecer en su grupo familiar de origen. En este caso, las opciones disponibles son las siguientes tres:

- *Residencia* (se trata de un recurso institucional reservado para individuos que poseen un nivel de autovalimiento e independencia como para cubrir por sí mismo sus necesidades básicas; por lo que se sostienen de manera autogestionada, organizando y administrando los bienes y servicios con los que se desee vivir);
- *Pequeños Hogares* (se trata en este caso de un recurso institucional gestionado por un grupo familiar y destinado a un número limitado de niños, niñas o adolescentes en situación de discapacidad); y
- *Hogares* (es un recurso institucional similar al anterior, pero destinado a individuos que requieran un mayor grado de "asistencia o protección).

Respecto de los objetivos que orientan las funciones institucionales y los efectos que de ellas se esperan, puede observarse una primacía de ciertos lineamientos: la búsqueda de autonomía, independencia, autovalimiento, por un lado; e integración comunitaria, inclusión social, inserción laboral y/o permanencia en el ámbito familiar, por otro (según consta en el mencionado Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad).

Puntualmente, de la Estimulación Temprana se espera

Propiciar al máximo los progresos del niño para lograr su independencia en las distintas áreas del desarrollo; [y] la permanencia del niño dentro del ámbito familiar, respetando sus singularidades. En los casos necesarios, se evaluará la internación.

En relación al ámbito educativo especial se sostiene que

La Escuela Especial deberá contemplar en forma integral la atención de los diferentes aspectos individual, familiar y social que hacen a la integración comunitaria de una persona con discapacidad (...) y su correspondiente proyección social.

Respecto de la Rehabilitación Profesional, ésta implica

Un proceso continuo y coordinado y de colocación selectiva para que las personas con discapacidad puedan obtener o conservar un empleo adecuado.

Complementariamente a ello, la Formación Laboral contempla

El proceso de capacitación [cuya] finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo.

Por su parte, en los Centros de Día se propone

Lograr la máxima independencia personal; adquirir hábitos sociales tendientes a la integración social; evitar el aislamiento en el seno familiar o institucional; e implementar actividades tendientes a lograr la participación de los concurrentes en programas de acción comunitaria, acordes con sus posibilidades.

Este punto en especial, entra en consonancia con las palabras pronunciadas por la Subsecretaria provincial de Inclusión para Personas con Discapacidad, en la inauguración del mencionado Centro de Día Agroecológico, cuando refiere que este espacio es parte de un proyecto que busca que las personas "puedan, posteriormente, tener casas asistidas en las que se intentará que desarrollen la mayor autonomía posible".

Las actividades de los Centros Educativos Terapéuticos, por otro lado,

Se perfilarán de modo que abarquen la adquisición de la noción de sí, el autovalimiento, comunicación, relaciones con los otros y con objetos de la realidad (...) incluyendo tanto los vínculos primarios, familiares, como secundarios y sociales.

Por último, los Servicios para Personas con Discapacidad en General sin Familia y/o Hábitat (Residencias, Hogares y Pequeños Hogares), deben basarse en la

Organización de la vida institucional teniendo en cuenta la individualidad y la integración social de cada residente; [y en la] participación activa en la comunidad, evitando el aislamiento y segregación institucional. (...) Fundamentalmente se deberá tener en cuenta que las mismas deben permitir y facilitar el aprendizaje social necesario para que una persona discapacitada pueda integrarse lo más adecuadamente posible a su medio. La organización de este tipo de recursos se hará de acuerdo a criterios de autovalimiento e independencia.

Ahora bien, es este Marco en el que se inscriben otros dos de los establecimientos visitados: el Taller Protegido y el Centro de Día.

El primero de ellos, estatal, se ubica en la zona sur de la ciudad. Se centra no tanto en la producción como en la sustentabilidad ecológica del sistema de producción.

El organismo está compuesto por cuatro profesionales: un científico de la educación, encargado de coordinar el proceso de producción, una terapeuta ocupacional, que se ocupa del stock de producción, dos psicólogas, una encargada de la parte administrativa y otra de las admisiones. Concurren individuos (mayores de 18 años) en situación de discapacidad mental y algunos pacientes del Centro Regional de Salud mental Agudo Ávila que se encuentran en fases de externación.

Los requisitos de ingreso son a través de una entrevista de admisión, siempre que se cumpla con el Documento Nacional de Identidad (DNI) y Certificado Único de Identificación Laboral (CUIL), el Certificado Único de Discapacidad, un certificado médico de aptitud física para realizar actividades laborales, y que se disponga de autonomía para trasladarse desde y hacia el lugar de trabajo. De este modo, se sostiene el objetivo de la integración e inclusión social de a través de un proyecto laboral orientado a potenciar la autonomía e independencia de los concurrentes.

El proyecto del establecimiento se encuentra conformado en base a tres niveles, que deben ser transitados por los concurrentes.

El primero es de prueba y adaptación. El ingresante debe pasar por los diferentes sectores para capacitarse en el trabajo en las actividades más simples de la labor. Este período es de tres meses aproximadamente y sólo si continúa asistiendo se gestiona la beca para su cobro mensual.

El segundo es de producción. Se asigna un lugar de trabajo determinado según la capacidad y el interés demostrado por los concurrentes. Aunque también se propicia la rotación por los diferentes sectores, de modo tal que se vea posibilitada la transmisión de conocimientos entre los mismos concurrentes, por un lado, y que cada concurrente conozca toda la fase completa de producción, por otro.

El tercer nivel está planificado, pero actualmente se encuentra en proceso de construcción y evaluación. Conciernen a las condiciones de egreso, dadas por la capacitación del concurrente en las distintas áreas. Ello debería posibilitar su inserción en ámbitos laborales públicos o privados, por fuera ya del Taller Protegido.

Pero los convenios con empresas que los reciban en calidad de empleados, todavía no han podido lograrse.

Por lo tanto, los concurrentes permanecen trabajando en el Taller, produciendo en función de los pedidos de diversos clientes –que en ocasiones es la misma Municipalidad de Rosario-, recibiendo como remuneración económica por el trabajo que se va realizando un pago conformado en base a dos becas estatales (una nacional y otra municipal). Además, reciben un haber por los trabajos realizados a terceros y en la comunidad, como así también un porcentaje de lo recaudado sobre las ventas del establecimiento.

Un analizador que se hace presente en este espacio es una grilla, una suerte de planilla que diagrama las tareas de cada jornada, especificando las actividades que le corresponden

a cada concurrente en cada momento. Materialidad discursiva que grafica de un modo muy sintético, la manera de habitar el lugar por parte de los actores sociales que se observa en el funcionamiento cotidiano: ningún concurrente puede encontrarse en el Taller sin realizar por lo menos alguna actividad de las que tienen que ver con la fase de producción, tal como corresponde en cualquier establecimiento laboral.

Incluso pueden observarse episodios que ponen de manifiesto esta imposibilidad, cuando a través de bromas hechas entre los mismos concurrentes, se hace referencia con ciertos comentarios a quién trabaja y quién no. Decires textuales que califican de “vago” a algunos, que invitan a ponerse “a hacer algo”, o que refieren que “se juntaron el hambre y las ganas de comer”, cuando dos concurrentes identificados como pertenecientes al grupo de los menos trabajadores, coinciden en un determinado momento.

Un último analizador correspondiente a este espacio es la cuestión de que los profesionales, pasantes y residentes presentes en el Taller, utilicen la nominación de “chicos” para referirse a los concurrentes, a pesar de que todos son mayores de edad e incluso algunos tienen alrededor de 30 o 40 años.

Interesa entonces por ahora, mantener la pregunta en relación a por qué emerge esa manera específica de referirse a ellos, que comúnmente se la utiliza para referirse a niños, niñas o adolescentes, cuando podría haber aparecido cualquier otra nominación posible.

Por su parte, el Centro de Día visitado es una Sociedad Civil con fines de lucro. Se encuentra ubicado en pleno centro de la ciudad, sobre una calle muy transitada y con mucho tráfico. Es por ello que han tramitado el estacionamiento reservado en su frente, de modo que los transportes especiales puedan encontrar siempre lugar para estacionar justo en la puerta del establecimiento.

Funciona en una casa antigua, de altas puertas y ventanas a la calle, con un patio central de grandes proporciones. Alrededor del patio, se ubican la mayoría de las salas, y ambos comedores. Cuenta con dos baños para concurrentes y uno para el personal, una cocina, una oficina de Dirección, y otra que utilizan los dueños del lugar.

Se encuentra abierto desde las 9 de la mañana hasta las 16 hs., brindando desayuno, almuerzo y merienda, tanto a los concurrentes como a los empleados. Actualmente cuenta con alrededor de 10 profesionales –en Medicina, en Psicología, Terapia Ocupacional, en Educación Especial, en Educación Física, en Kinesiología, Musicoterapia y Enfermería-, y tres empleadas de portería y cocina. Concurren diariamente alrededor de 40 sujetos en situación de discapacidad mental, todos mayores de edad.

Una de las primeras cuestiones que puede observarse es la estética de las paredes, de las salas y de los detalles cotidianos. Salas con nombres de colores, posters con figuras y personajes infantiles, sillas chicas similares a las utilizadas por niños en las escuelas, talleres de cine con películas también infantiles, fotocopias para pintar de imágenes añidadas extraídas generalmente de libritos de cuentos, fábulas, etc.

A su vez, al interior de las salas de talleres, la utilización de herramientas, tijeras, etc. suele disponerse de manera muy precavida. Del mismo modo, los cubiertos se distribuyen atendiendo muy atentamente a quién los va a utilizar. Los vasos, por su parte, suelen ser de plástico, ahorrándose aparentemente de este modo los riesgos y los costos que implica el vidrio. De todos modos, los profesionales sí desayunan, almuerzan y meriendan en vasos de vidrio y tazas de cerámica. En general, son muy pocos concurrentes los que tienen permitido utilizar la cocina, las hornallas, el horno, etc. Quienes no demuestran haber sido educados en esos puntos, no suelen ser enseñados para que puedan utilizarlo por sus propios medios.

Asimismo, el modo de organizarse una salida cuenta también con una planificación respecto de sus participantes.

El funcionamiento cotidiano del Centro de Día se basa en talleres de diferente naturaleza. Cuentan con al menos un coordinador (denominado a veces tallerista) que se encuentra a su cargo; con días y horarios fijos; participantes establecidos de antemano; herramientas con los que se realiza el trabajo (que varían de acuerdo a la naturaleza del taller); y objetivos propuestos por el coordinador.

Cada profesional recibe una planilla con la planificación semanal de los talleres, en donde figura una grilla dividida en días, horarios, profesionales y concurrentes, en función de

cada taller. Por lo tanto, cada concurrente puede asistir a un taller a la vez, siendo muy poco habitual que se le permita a alguien realizar una modificación respecto de este cronograma. Incluso hay concurrentes que saben perfectamente de memoria qué taller le corresponde cada día. Una vez más, el mismo mecanismo de organización interna observado en el Taller Protegido, devenido analizador.

Un solo taller de los observados presenta características diferentes, en tanto se constituye como un espacio asambleario en el que se pretende debatir entre concurrentes y profesionales, ciertas problemáticas acontecidas en la semana, de manera de ir trabajándolas a través de la palabra en busca de algún tipo de resolución.

Cabe destacarse que se repite aquí también el otro analizador observado en el Taller Protegido. Los concurrentes son también nominados bajo la categoría de “chicos”, expresión que –completamente naturalizada- es incluso utilizada por ellos mismos para dirigirse a sus propios compañeros.

Ahora bien, los servicios que se orientan específicamente a la problemática de la discapacidad mental, cuentan con diferentes modalidades de abordaje y distintas formas de conformación legal de los establecimientos. Pueden ser éstos Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos, Escuelas Especiales, Hogares, Talleres Protegidos, etc. Pueden constituirse estos espacios con fines de lucro o sin fines de lucro; públicos o privados; organizados por padres, por profesionales o por empresarios; etc. Y todos se encuentran regulados por un marco legal que las incluye sin excepción. Pero la cuestión a indagar sería: ¿puede suponerse alguna especificidad en relación a la dinámica de las relaciones de poder y al ordenamiento discursivo que estas modalidades posibilitan? ¿Podría suponerse una racionalidad que va más allá de la regulación existente en la legislación nacional, provincial y municipal vigente, y que se encontraría materializada en las prácticas discursivas y no discursivas de estos diferentes establecimientos?

Las visitas a algunos establecimientos y el material empírico obtenido en dicho recorrido, aportan algunos elementos fundamentales para un análisis que intente dilucidar los mencionados interrogantes.

Pueden especificarse a partir de ello -por lo menos- cuatro dimensiones presentes en los espacios emergidos en el territorio de la discapacidad mental, en tanto líneas de visibilidad observables en el funcionamiento de los establecimientos observados.

En primer lugar, la cuestión de sus conformaciones arquitectónicas y sus ubicaciones geográficas. Es posible remarcar la presencia de algunos rasgos propios, que a su vez los diferencie de los establecimientos de la época del encierro. Esto les otorga a estos espacios -en tanto heterotopías- algunas especificidades singulares. La segunda dimensión concierne al modo tan particular en que la sexualidad se encuentra presente en estos espacios, en tanto está en íntima relación con la subjetividad. En tercer lugar, la cuestión del estatuto que se le otorga a la discapacidad mental, ya que de ello depende el modo en que se estructuran, organizan y funcionan estos establecimientos. Y en última instancia, la cuarta dimensión la constituye lo que aporta el análisis de la lógica de funcionamiento observada en los espacios visitados.

Contemplar estas cuatro dimensiones permite indagar en las posibilidades que existen para que la autonomía y la integración social puedan emerger a partir del trabajo en estos espacios terapéuticos y/o educativos.

Respecto de la primera de las dimensiones, puede observarse que la ubicación geográfica de estos espacios es diferente a la de principios de siglo XX. Funcionan generalmente en estructuras edilicias relativamente grandes –no menos de cinco o seis habitaciones. Suelen estar emplazadas en la zona del centro y el macrocentro de la ciudad, pero también pueden hallarse muchos establecimientos en zonas de barrios circundantes al centro. Es decir, la lógica que invita a ubicar los espacios de alojamiento en la época del encierro en zonas marginales y casi externas a la ciudad ha desaparecido completamente. Por el contrario, no sólo no se ubican ya en sectores alejados a los más habitados de la ciudad, sino que además se visibiliza de modos llamativos la presencia de estos establecimientos. En lo arquitectónico exterior, suelen encontrarse zonas de estacionamiento reservado demarcado de manera horizontal y vertical (acera pintada y

señalizada; postes anunciando la prohibición de estacionar vehículos particulares); carteles inequívocos que señalan el tipo de lugar, el nombre de fantasía, y en ocasiones hasta un eslogan que reafirma el posicionamiento moral del establecimiento.

Además, en lo que respecta al ingreso y egreso de los pacientes, concurrentes, alojados o estudiantes, suelen observarse movimientos intensos a determinadas horas específicas. A las 8 o 9 de la mañana, a las 12 o 13 del mediodía, y a las 15 o 16 hs. por la tarde, se ven circular por las calles de la ciudad camionetas estilo “Combi”, que funcionan bajo la modalidad de transportes especiales, con una capacidad aproximada de 10 a 15 individuos. Se encuentran pintadas de color naranja, blanco, o con los logos de las empresas a las que pertenecen, pero indistintamente cuentan con el símbolo universal de la discapacidad. Llegan, y traen o retiran pequeños grupos de concurrentes para su jornada diaria en los establecimientos. En los establecimientos observados, quienes son trasladados por miembros de su familia (ya sea en vehículos particulares, en transporte público o caminando), representan una cantidad mucho menor respecto de los que utilizan transporte especial. Y un grupo todavía más reducido concurre diariamente de manera individual y autónoma (se observaron casos que utilizan el transporte público y algunos otros que se trasladan caminando).

A su vez, frecuentes salidas de grupos en horario de concurrencia son realizadas, siempre en cantidades acotadas para ganar control en medio de los “riesgos que representa la calle” (de acuerdo a los decires de los profesionales entrevistados). El modo en que los riesgos o la peligrosidad de la circulación pública representa para los trabajadores del establecimiento, se la ve plasmada de manera explícita en una suerte de circular interna titulada *Organización de paseos*, que señala los ítems a considerar para realizar dicha actividad.

- Realizar el proyecto en forma escrita, entregarlo a la Dirección un mes antes.
- Hablar con los terapeutas de quiénes se van a hacer cargo de cada concurrente y de los casos más conflictivos, realizarlo por escrito.
- Hablar con nutricionista con respecto al menú, dos semanas antes de la fecha del paseo.
- Hablar con los dueños de los transportes y choferes con respecto a los horarios y lugar del paseo.
- Confeccionar y entregar una semana antes del paseo, en las autorizaciones deben constar horario y dirección del lugar, debe estar firmada por los familiares a cargo (sic).
- Confeccionar listado de los concurrentes supervisando la devolución de las autorizaciones firmadas, en caso contrario no podrán asistir.
- Comunicarse telefónicamente con los familiares que no hayan traído las autorizaciones.
- Realizar una nota al PAMI para avisar del paseo, enviarlas por fax.
- Realizar nota a Emergencias, enviarla por fax.
- Hablar con las porteras para que preparen las cosas para el desayuno y almuerzo, el día anterior al paseo.
- Asegurarse que la enfermera prepare botiquín y medicación, tubo de oxígeno (sic).

Luego de transitar por este complejo laberinto burocrático, y en caso de ser exitosamente sorteado, se completa el panorama de la circulación por lo social, con la costumbre de que estos grupos caminen por la vía pública tomados de la mano entre sí, como modo de reducir aún más los presuntos riesgos. Se forman así agrupaciones llamativamente eslabonadas, transitando de modos extraños que no son observados en ningún otro colectivo social, a excepción de los niños escolarizados.

En lo que concierne a los rasgos característicos del interior de estos espacios, tres cuestiones se presentan como esenciales. En primer lugar, la exaltación de la accesibilidad. Puede encontrarse en algunos de estos espacios –en general en los Centros de Día y los Centros Educativos Terapéuticos, no tanto en el Taller Protegido- una proliferación de señalizaciones que resaltan y visibilizan toda una serie de detalles arquitectónicos (rampas, barandas, baños adaptados, adhesivos antideslizantes, etc.). La señalización de la accesibilidad se muestra así tan importante como el elemento accesible que enuncia.

El segundo rasgo que aparece de manera llamativa en este tipo de espacios, es una suerte de extrema atención a la cuestión de la protección, de los cuidados, de las prevenciones, tanto a nivel arquitectónico, como en los detalles edilicios más comunes y en el funcionamiento cotidiano del establecimiento.

El tercer aspecto llamativo que especifica la generalidad de estos espacios destinados al abordaje de la discapacidad mental, es la infantilización de la estética de los establecimientos, sus salas, sus paredes, etc.

La exaltación de la señalización de la accesibilidad, la promoción exhaustiva de la protección, el cuidado y la prevención de los riesgos y la infantilización de la estética de los ámbitos terapéuticos y educativo-terapéuticos se constituyen entonces como los tres aspectos más destacables de la conformación de este tipo de espacios, otorgando una especificidad muy particular a las heterotopías pertenecientes al territorio de la discapacidad mental.

La segunda de las dimensiones remite al estatuto que se la otorga a la problemática de la discapacidad mental en estos establecimientos. Según se observa en las visitas a diversos espacios, el discurso médico funciona de manera hegemónica respecto de los otros, agrupándolos, orientándolos, acotándolos y condicionándolos. Una concurrente entrevistada refiere por ejemplo que ella asiste todos los días al Centro de Día porque tiene “un problema en la cabeza, y según el médico eso no se puede operar”. El hecho de reafirmar la disfuncionalidad individual en primer lugar, y el acto de circunscribirla a lo anátomo-patológico luego, que inauguran la Psiquiatría moderna y sellan indisolublemente la articulación entre la Psiquiatría y la Medicina, encuentra así líneas de continuidad en los rasgos actuales del territorio de la discapacidad mental.

La homologación entre la discapacidad mental y la cuestión patológica aparece entonces como una soldadura extremadamente difícil de interrogar. Ello es producto de décadas de vigencia del Modelo Médico-Individual, sustentando en la legitimidad que da la pretensión de cientificidad del discurso médico, y apuntalado en la dicotomía normal / anormal que rige la sociedad disciplinaria desde hace alrededor de dos siglos.

La tercera de las dimensiones presentes en este tipo de espacios, y que de alguna manera se complementa con la descrita más arriba, es la que concierne a la cuestión de la sexualidad.

Belgich sostiene que existen fantasías y creencias de las familias y la sociedad en general acerca de la asexualidad del sujeto en situación de discapacidad, en función de un supuesto estado crónico de infantilidad que conduce, según Mannoni, a no interrogarse acerca de nada (Belgich, 2001).

Sin embargo, en las diversas visitas a estos espacios, pueden encontrarse en lo cotidiano relaciones de amistad, sentimentales, noviazgos, etc. Los afectos y la sexualidad, dos aspectos fundamentales de los lazos humanos se manifiestan permanentemente, como en cualquier otro ámbito en el que haya un grupo de individuos conviviendo día a día. A su vez, se observan situaciones de malestar producto de que un concurrente esté obligado a ver a su ex pareja disfrutando de una nueva relación, o bien a partir de simples discusiones o distanciamientos.

Se trata de escenas que movilizan afectivamente a los protagonistas, al punto de dificultarles en ocasiones sostener las actividades cotidianas. Por otro lado, suelen darse episodios de concurrentes que encuentran el momento de resguardarse clandestinamente en la oscuridad y la soledad de una sala vacía, de modo de disponer de un escenario ideal para sostener encuentros íntimos que, si bien no llegan a concretar relaciones sexuales, tampoco son equiparables al hecho de tomarse de la mano.

Recapitulando, las situaciones del orden de las relaciones de pareja y de la sexualidad pueden dividirse en dos grandes grupos: por un lado, aquellas que implican el malestar propio de las relaciones afectivas cuando ocurre algo no deseado por alguno de los integrantes de la pareja. Por otro lado, las que remiten a las manifestaciones físicas de las intensidades afectivas que pueden encontrarse entre algunos concurrentes. Los acontecimientos que remiten al primer grupo de situaciones, son en general minimizados, subestimados, considerados como algo que enseguida debería pasar, o como algo a lo que

no debería dársele demasiada importancia. “¿Qué problema se hace ésta si fue novia de todos?”, sostiene una psicóloga respecto de una concurrente que manifestaba su afectación frente a la nueva relación de su ex pareja, con quien recientemente había tenido una ruptura.

El segundo grupo de acontecimientos, son tratados en general, de un modo diferente. Suelen verse vigilados, restringidos, perseguidos y llegado el caso, sancionados. Suelen montarse mecanismos de prevención que intentan anticipar los momentos y las circunstancias en que algo de esto puede llegar a darse. Suelen realizarse advertencias verbales para que los sospechados de realizarlas desestimen toda pretensión de manifestar algo del orden de los afectos, cuando conlleva el riesgo de derivar hacia el terreno de las manifestaciones de la sexualidad.

Los talleres de sexualidad que suelen organizarse tienen un modo de funcionamiento que se condice con esta lógica. El único encuentro perteneciente a uno de estos talleres que se pudo presenciar, consistió en explicitar qué clase de comportamientos están permitidos en el ámbito del Centro de Día y cuáles no.

Mientras más implícito se intenta mantener todo lo concerniente a la sexualidad, más explícitas se vuelven sus manifestaciones. Y estas manifestaciones, inevitablemente adquieren el estatuto de transgresión, de lo que no debería aparecer. Para ello, se las vigila, se las persigue, se las sanciona o se las minimiza. De cualquier manera, deviene importante remarcar que la subjetividad no puede verse habilitada sino de la mano con la construcción de la sexualidad. Si se pretende mantener ausente esta última, se ve afectada la primera. Belgich sostiene al respecto que “la aparición de información clarificante y portadora de sentido en el momento oportuno, ayuda al niño a establecer referencias simbólicas e interpretativas de un conjunto de fantasías o protofantasías que son constitutivas en el devenir sujeto” (2001, p. 148). En este sentido, al decir de Levin (s.f.), si esto no ocurre, la discapacidad puede ser fétetro de la sexualidad.

La cuarta y última de las dimensiones que caracterizan la cotidianeidad de los espacios terapéuticos, educativo-terapéuticos y de formación laboral destinados al sector poblacional atravesado por la problemática de la discapacidad mental, es la lógica institucional que las sostiene en su cotidianeidad.

Lo habitual es que todo el funcionamiento de estos espacios se organice en torno a actividades grupales conformadas en torno generalmente a la figura de talleres. En el Taller Protegido visitado, por su parte, no cuenta con talleres, pero sí funciona a partir de distintos grupos que realizan tareas diferentes, organizados mediante una secuencia tal que posibilite la concreción de la producción laboral necesaria.

Es decir, la lógica de funcionamiento de estos espacios implica una calculada distribución del espacio, de las actividades, de los tiempos y de las fuerzas.

Distribuye el espacio en tanto cada taller (del Centro de Día, por ejemplo) o fase de producción (del Taller Protegido), exige constituirse como un lugar heterogéneo a los demás, funcionando de manera cerrada a sí misma. A su interior, hay tantas parcelas como cuerpos, todos bajo la mirada permanente del coordinador, que vela por el cumplimiento de las actividades, para que éstas se vuelvan útiles.

Distribuyen la actividad en tanto se exige un cierto tiempo para cada tarea, de manera de que nadie se encuentre sin realizar ninguna función del taller o de la fase de producción correspondiente. Se observa un ritmo colectivo, promovido desde la exterioridad de la función del coordinador, que obliga a reducir al mínimo o eliminar directamente los posicionamientos individuales ociosos. La actividad se centra así en potenciar al máximo la vinculación que se establece entre cada concurrente y el objeto que manipula de acuerdo a los objetivos del taller (dibujos, pinturas, portarrollos, llaveros, collares, pulseras, etc.). No está permitido entonces no realizar ninguna actividad ni perder el tiempo con comportamientos ociosos, a pesar de que la mayoría de las producciones de algunos de estos espacios no adquieren un valor social o un capital económico para quien lo produce. Las producciones materiales no se subjetivan, desde el momento en que no entran en circulación social, ni se inscriben en el intercambio económico en la comunidad. La única excepción es la del Taller Protegido, en tanto produce para la venta de acuerdo a pedidos

de clientes. En esta modalidad, generalmente, se adiciona al monto de las becas que cobran como estipendio un pequeño porcentaje de las ventas, de acuerdo al nivel de participaron individual en el proceso de producción.

Distribuyen entonces los tiempos, especialmente en los Talleres Protegidos, en tanto las tareas se van dividiendo en segmentos que funcionan de manera sucesiva o paralela, enlazándose entre sí. En general, las fases se organizan de modo tal que cada concurrente las vaya transitando de acuerdo a su grado de complejidad: siempre de menor a mayor. Y cuando se hace necesario, se distribuyen los concurrentes en función de la conveniencia de la productividad (cada concurrente en la actividad, taller o fase de producción en la que mejor se desempeña).

Y distribuye en último lugar las fuerzas, en tanto cada cuerpo individual se ve compelido a un desenvolvimiento cada vez más adecuado a las exigencias del taller, articulándose al desempeño y a los tiempos de los otros participantes, siempre bajo el ordenamiento que cada coordinador le da a su espacio de trabajo.

Es decir, la lógica observada, descripta de esta manera, se corresponde punto a punto con la modalidad de funcionamiento que Foucault (2004) denomina *disciplinaria*. Las disciplinas remiten a “métodos que permiten el control minucioso del cuerpo, que garantizan la sujeción” (Foucault, 2004, p. 141) y que sirven para el encauzamiento de la conducta. “La disciplina fabrica cuerpos ‘dóciles’. Aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia)” (Foucault, 2004, p. 142).

Estas cuatro dimensiones que caracterizan los establecimientos destinados al abordaje de la discapacidad mental, habilitan a sostener una interrogación respecto del modo en que en ellos puede darse entonces las tan proclamadas autonomía e integración social.

Los mencionados lineamientos (referidos a la autonomía, el autovalimiento, la independencia, la permanencia en lo familiar, la integración comunitaria, la inserción laboral, la inclusión social), que se encuentran dispersos pero presentes en los objetivos planteados en todas las estrategias de abordaje, constituyen un horizonte al cual debe tender todo establecimiento terapéutico, educativo o educativo-terapéutico en su accionar.

Sin embargo, no puede ser observada ni en lo empírico, ni en las investigaciones, ni en los relevamientos, ni las estadísticas que la autonomía y la integración social se estén dando de manera acorde a lo planificado en las políticas públicas y en las legislaciones.

Los establecimientos terapéuticos y educativo-terapéuticos mantienen su número de concurrentes, y en ocasiones los incrementan. El Taller Protegido visitado, por su parte, se encuentra con el cupo lleno, sin poder hacer circular los concurrentes por no lograr insertarlos en el mercado laboral.

Ahora, a pesar de todo ello, se continúan abriendo nuevos espacios terapéuticos y educativo-terapéuticos en la ciudad de Rosario, y más Talleres Protegidos en la provincia de Santa Fe, lo cual un nuevo analizador. ¿Cómo es posible que aun en medio de una situación en la que no se produce la autonomía y la integración social, se continúen abriendo esta clase de espacios, o bien, se continúe incrementando el número de individuo que concurre a ellos?

Esta pregunta conduce a algo que excede tanto la materialidad de cada establecimiento como los objetivos formales planteados en las normativas: el suelo socio histórico político en el que nacen la mayoría de ellos, el cual remite a una racionalidad económico-política muy específica.

El neoliberalismo imperante en los años en que se gesta esta ley, habilita a que uno de los campos que quede librado al ofrecimiento por parte del sector privado, es el de la conformación de establecimientos para el tratamiento o rehabilitación de la discapacidad intelectual. Ello posibilita el surgimiento de establecimientos privados que podrán facturarle a las obras sociales los tratamientos dispensados a cada concurrente, pero a la vez exige una maximización de ganancias inherente a todo emprendimiento empresarial. Ahora bien, esto implica una cuestión fundamental: la rentabilidad económica de una empresa privada conformada bajo la modalidad de Centro de Día dependerá de dos factores: en primer lugar,

de la cantidad de concurrentes que tenga en su registro, y en segunda instancia, del tiempo que éstos permanezcan en su interior.

En otras palabras, la racionalidad económica imprime una serie de condicionamientos muy riesgosos a la hora de, por ejemplo, “lograr la máxima independencia personal” o bien de “evitar el aislamiento en el seno institucional”, mientras una empresa de esta naturaleza gane más mientras más gente haya en su interior, y mientras más tiempo permanezca allí.

Al respecto, de acuerdo a los representantes del Modelo Social, parece que la medicalización mencionada más arriba no se ve limitada a la mera definición de un diagnóstico clínico y un pronóstico terapéutico, sino que trasciende su ámbito, articulándose a cuestiones económico-políticas:

En la sociedad industrial en la que vivimos, cualquier adulto que no desempeñe una función económica y social relacionada con el trabajo es una espina en el corazón de la racionalidad económica e, incluso, puede considerarse una amenaza a la estabilidad política. No hay una manera única de manejar esta cuestión problemática, pero en lo que respecta al impedimento físico y mental se utiliza el rol del enfermo para minimizar los efectos de la dependencia (Borsay, 2008, p. 178).

En síntesis, se observan establecimientos que funcionan de manera exclusiva para sujetos en situación de discapacidad mental, concebidos como individuos atravesados por una patología individual, bajo una lógica disciplinaria, con talleres creados exclusivamente por profesionales sin participación activa por parte de los concurrentes, en medio de una cotidianeidad infantilizada, protegida y desexualizada, en donde la cuestión de los afectos suele verse minimizada.

Es fundamental interrogar entonces de qué manera esta modalidad específica de llevar adelante la cotidianeidad de los mencionados espacios, no podría no producir una determinada forma de subjetivación en la que difícilmente pueda emerger la autonomía y la pretensión de integración social. La racionalidad del discurso médico, acompañado y complementado por los discursos psi y pedagógico (encargados de evaluar cada paciente, estudiante, concurrente, alojado), tienden por el contrario a hacer sentir que el único mundo en el que este sector poblacional puede circular sin problemas y sin riesgos, es en el mundo de los circuitos específicos armados para tal fin.

En este punto, puede sostenerse que más importante que considerar la iatrogenia médica -es decir efectos nocivos producidos por errores (de diagnóstico, de administración o consumo de sustancias, etc.)-, sería incluir en este análisis la iatrogenia positiva. Esto es, “los efectos médicamente nocivos debidos a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional” (Foucault, 1996a, p. 72).

En otras palabras, ¿qué forma de producción de subjetividad se ve favorecida en un espacio construido como exclusivo para un cierto colectivo social, generalmente demarcado, señalizado, protegido, medicalizado, desexualizado, infantilizado, disciplinado, ahistórico y apolítico? Evidentemente una posición subjetiva en la que el modo de incluirse en las redes del poder de la sociedad actual y de hacer uso del entramado discursivo de la época en pos de una transformación significativa de la situación actual de discapacidad a partir de lineamientos propios, se ve fuertemente obstaculizada.

3.4. El viraje biopolítico. De la marginalidad y el aislamiento de los espacios de encierro a la inclusión y la visibilidad de los dispositivos de seguridad

El recorrido empírico realizado tanto en relación a la materialidad discursiva de las legislaciones y las políticas públicas actuales, como respecto de los espacios destinados al abordaje de la niñez vulnerada en sus derechos y de la discapacidad mental, muestra que existen tantos puntos en común, como rasgos específicos, en cada uno de dichos territorios.

En un momento histórico determinado -con una diferencia de algunas décadas entre uno y otro- se produce una serie de virajes que conduce a diversas transformaciones al interior

de cada territorio y, por lo tanto, de sus heterotopías, que si bien muestran una cierta especificidad en cada uno de ellos, de todos modos presenta en algunos aspectos rasgos generalizables.

Entre estos últimos, se encuentra el que se da a nivel de la elección estratégica de las objetivaciones de los distintos discursos que le dan consistencia al entramado discursivo y de poder que conforma estos territorios: hoy en día las categorías anormal, aislamiento, Hogar, Asilo, alienación, Manicomio, locura, peligrosidad, tutelaje, menor, impedido, minusválido, déficit, deficiencia, deficiente, idiota, enfermo mental, débil, mogólico, mongui, minusvalía, minusválido, discapacitado, ya no estén tan vigentes. En su lugar, se ven emerger para reemplazarlas otras distintas: integración, Hospital de Día, Centro de Salud, crisis, sujeto de derechos, niño, adolescente, capacidades diferentes, necesidades espaciales, diferencia, diversidad, persona con discapacidad, etc.

Aparejado a ello, las estrategias políticas y las prácticas terapéuticas también se ven modificadas, lo cual configura un nuevo campo de acción tanto en el plano de las anátomo como de las biopolíticas. En el modelo del encierro, se evidencian algunos mecanismos que en relación a la gubernamentalidad y al suelo histórico político de la época, no generan un rechazo social significativo ni son objeto de fuertes críticas. Es así que en los siglos XIX y principios de XX, el aislamiento, el encierro, la reclusión, la invisibilización, la segregación física a otros espacios diferentes a aquellos por donde circula el resto de la población, es demandada desde el mismo tejido social.

Ahora bien, actualmente la sociedad se encuentra “en una crisis generalizada de todos los lugares de encierro” (Deleuze, 2005c, p. 115). Este modelo que utiliza estrategias esencialmente de aislamiento y/o encierro para con los desviados respecto de la normatividad de la época, se ha visto transformado (en especial, durante las últimas tres o cuatro décadas). Ha favorecido la proliferación de una multiplicidad de estrategias y tácticas que se presentan como novedosas para el abordaje de los fenómenos humanos problemáticos que se manifiestan en estos territorios, a pesar de que en ocasiones se lleven a cabo en los mismos establecimientos o espacios en que funcionaba la lógica del encierro.

De acuerdo a lo que se encuentra explícito en la materialidad discursiva de cada territorio estudiado, los mecanismos que imperan ahora contemplan acciones tendientes a favorecer o posibilitar la *inclusión* social de todos estos sectores de la población que anteriormente se encontraba fuera del campo de visión, circulación y participación social. Remite siempre a la necesidad filosófica, moral, pedagógica, económica, política y social de aceptar y valorar las diferencias, favoreciendo el acceso de ciertos sectores de la población, a un modo de transitar lo social que habilite a las mismas oportunidades de las que puede disponer el resto de la población.

Por lo tanto, la cuestión de la inclusión parece atravesar cada uno de esos territorios que se configuran a partir de la objetivación de cada sector poblacional específico. Una racionalidad diferente a la de la época de la estrategia del encierro los penetra y los transforma, producto de la elaboración de nuevas tecnologías de poder y entramados discursivos diferentes, preexistentes e independientes de cualquiera de esos territorios.

Sin embargo, cabe advertir que el surgimiento de este nuevo modelo que funciona aportando una racionalidad específica para pensar las políticas públicas, las legislaciones, las prácticas, las disposiciones edilicias, las enunciaciones, etc., se encuentra en relación también con las demandas y los reclamos sociales producidos en cada uno de los territorios.

Dichos reclamos y luchas se corresponden en primer lugar, con los efectos jurídicos producidos en la mitad del siglo XX con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en cada uno de los territorios de estos sectores de la población, que comienzan a denunciar la situación de exclusión, marginación, discriminación y opresión en la que se sienten. Dicha Declaración funciona entonces como una herramienta jurídica trascendental para que los sectores poblacionales que quedan configurados a partir de determinadas objetivaciones como problemáticos, patológicos o simplemente como necesitados de tutelaje –la mujer, los minusválidos, los enfermos mentales, los homosexuales, los menores, etc.–, puedan comenzar a intentar transformar -reterritorializar- el territorio en el que física y subjetivamente se encuentran.

A su vez, otro de los marcos en los que se sustenta la noción y la estrategia de la inclusión, es el del multiculturalismo (Taylor, 1993; Kymlicka, 1996; Touraine, 1997; Martiniello, 1998; Torres, 2001; Santos, 2003). Este concepto tiene su origen en la antropología, pero ha ido adquiriendo múltiples significados que se van ampliando cada vez más en las seis décadas que tiene de existencia. A ello contribuye también la polisemia que porta el concepto de cultura (Dabin, 2012). Sin embargo, puede afirmarse que remite en lo social a una posición o proyecto político, que se caracteriza por su pluralidad y heterogeneidad al interior de la sociedad actual. Supone una actitud de apertura ante la diversidad cultural, así como predisposición para el diálogo intercultural tendiente a evitar la homogenización lograda por una cultura colonizadora dirigida por unos pocos.

Ahora bien, también remite el multiculturalismo a una utopía democrática basada en la educación de todos los ciudadanos y las diversas colectividades, orientado a lograr la convivencia de las diferentes culturas y formas de vida en toda la ciudadanía. Es decir que las estrategias de la diversidad, la inclusión, la integración penetra también en la Institución Educación, favoreciendo la construcción de nuevas narrativas educativas y multiculturales.

Pero a su vez no hay que perder de vista que el atravesamiento del multiculturalismo respecto del ámbito de la Educación se produce en pleno momento de la expansión del modelo neoliberal (De la Vega, 2010). Žižek (2003) advierte desde un posicionamiento político vinculado al marxismo, que la concepción del multiculturalismo como una suerte de coexistencia híbrida de diversos modos de vida culturales, puede leerse como un síntoma de la emergencia de su opuesto: la forma homogeneizada o presencia masiva del capitalismo como sistema mundial universal. Señala que la insistencia en la priorización del respeto a los movimientos sociales y la diversidad cultural no debe excluir el análisis del sistema como totalidad articulada. En esta línea, Grüner explica que en el multiculturalismo se esconde la trampa de pasar “por alto muy concretas (y actuales) relaciones de poder y de violencia intercultural, en las que la diferencia o la hibridez es la coartada perfecta de la más brutal desigualdad y dominación” (2003, p. 22).

A pesar de las fuertes críticas que ha ido recibiendo el posicionamiento político del multiculturalismo como vehiculizador de la racionalidad económica del capitalismo, también es innegable la incidencia que ha mostrado a la hora de favorecer toda una serie de cuestionamientos a situaciones de exclusión y marginación. De este modo, las estrategias biopolíticas del encierro han ido perdiendo legitimación social y científica, así como conveniencia económica y terapéutica, habilitando a nuevos modos de pensar políticamente toda una serie de problemáticas sociales. Así es que puede hablarse en la actualidad de otra racionalidad política, moral, jurídica, económica y terapéutica, que bien podría nominarse estrategia biopolítica de inclusión.

Esta nueva estrategia política presenta rasgos muy diferentes al cada vez más criticado modelo del encierro. La necesidad de comenzar a compartir espacios entre sectores poblacionales que hasta este momento se mantienen separados y diferenciados, adquiere una significativa prioridad. De hecho, los espacios que funcionan aislando, segregando y/o encerrando, comienzan a ser blanco de críticas, cuestionamientos, e interpelaciones.

Es importante entonces trazar el modo en que esta nueva racionalidad surgida luego de la Declaración Universal de los Derechos Humanos atraviesa la Argentina. Se puede realizar de este modo un diagrama de las transformaciones producidas en el plano de la materialidad discursiva de las legislaciones y por ende, las políticas públicas orientadas a los sectores poblacionales que se presentan bajo la aparente necesidad de ser intervenidos, los espacios que ellas configuran y las estrategias terapéuticas que de ahí se desprenden.

Si bien habría que trazar una historización de las transformaciones y continuidades acontecidas en los territorios del sufrimiento psíquico y de las adicciones, de todos modos, los de la niñez y de la discapacidad mental ofrecen ciertos elementos que permiten describir a grandes rasgos las características principales de las biopolíticas de la inclusión, sino también de las heterotopías que les son propias. De este modo, deviene posible luego, describir los lineamientos específicos que configuran el territorio de la discapacidad mental.

Se puede comenzar recordando que las políticas públicas actuales ya no contemplan las tácticas del encierro y del aislamiento para las intervenciones dirigidas a sectores de la

población que presentan rasgos diferenciales, que representan alguna dificultad para transitar por lo social, o que se ven bajo la impronta del tutelaje. Por el contrario, la regulación y el control de la circulación y la participación social se muestran como las estrategias prioritarias en relación a estos sectores. Al decir de Deleuze, “son las sociedades de control las que están reemplazando a las sociedades disciplinarias” (2005c, p.116). Y las sociedades de control comienzan a configurar heterotopías diferentes a las ya existentes en las sociedades disciplinarias, las cuales cuentan con al menos tres coordenadas principales que orientan su funcionamiento.

En primer lugar, estos espacios funcionan exclusivamente en relación a ciertos fenómenos sociales que representan una problemática específica, que –de acuerdo a la gubernamentalidad actual- requiere ser abordada por el Estado. Dichos fenómenos –retraso mental, vulneración de derechos en la niñez, etc.-, no son deseables, no son buscados, pero se presupone que ocurrirán y el Estado debe estar en condiciones de responder frente a su manifestación. En otras palabras, “se inserta el fenómeno en cuestión dentro de una serie de acontecimientos probables” (Foucault, 2009, p. 21).

En segunda instancia, se observa que las tácticas implementadas se encuentran absolutamente condicionadas por la cuestión presupuestaria. El Programa Familias Solidarias deviene “la estrella” de las opciones en Niñez, por el hecho de que representa solamente un subsidio mensual por cada niño o niña en situación de medida excepcional, entregado a la familia a cargo. Comparado a ello, la habilitación de nuevas Instituciones de Alojamiento Transitorio –comúnmente denominadas Hogares- representaría un costo inalcanzable, tanto desde el punto de vista de la puesta a punto de una estructura edilicia, como desde la cuestión del personal que quedaría a su cargo.

En el territorio de la discapacidad mental, por su parte, las estrategias se dividen básicamente en dos opciones complementarias. La hegemónica es la de delegar en las obras sociales la cobertura de todo lo necesario, y habilitar al sector privado a la construcción de espacios destinados a su abordaje (aun cuando éstos funcionen bajo la lógica empresarial de la rentabilidad económica, inherente al sistema capitalista). Además, existe la opción de lo público, pero lo obstaculizado de su funcionamiento a causa de la falta de presupuesto, restringe su acceso a un número muy limitado de sujetos. Al decir de Foucault, “las reacciones del poder frente a este fenómeno se incorporarán a un cálculo de costos” (2009, p. 21).

Y la tercera y última coordenada que caracteriza este tipo de espacios remite al porcentaje de lo tolerable en cuanto al índice de incidencia de estos fenómenos. No es preocupante que exista un caso de un niño violentado, abusado o abandonado. Deviene una preocupación cuando los casos de niños en situación de vulneración de sus derechos alcanzan un cierto porcentaje de la población. No es preocupante que un individuo no logre insertarse socialmente bajo un modo de circulación y participación social acorde a la del resto de la población. La preocupación aparece cuando esto le ocurre a un significativo sector de la población. Es decir, estos espacios, “en lugar de establecer una división binaria entre lo permitido y lo vedado, se fijarán por una parte una media considerada como óptima y por otra, límites de lo aceptable, más allá de los cuales no habrá que pasar” (Foucault, 2009, p. 21).

Ahora bien, estas tres coordenadas que describen el modo en que se conciben ciertos fenómenos –como acontecimientos probables, incorporados a un cálculo de costos y atravesados por límites óptimos y máximos-, son los aspectos básicos que caracterizan el funcionamiento de aquello que Foucault denomina *dispositivos de seguridad* (2009).

Los dispositivos de seguridad constituyen espacios que se caracterizan por ejercer sus tecnologías de poder no tanto sobre el cuerpo de los individuos (como ocurre en los espacios disciplinarios), sino más bien sobre el conjunto de una población. No se busca tanto una posición subjetiva dócil y útil como la ganancia de una cierta seguridad en relación a algún riesgo.

No se trata en absoluto de construir dentro de un espacio vacío o vaciado, tal como sucedía en las sociedades disciplinarias. (...) Se trata simplemente de maximizar los elementos

positivos, que se circule lo mejor posible, y minimizar al contrario, los aspectos riesgosos o inconvenientes (...) que jamás se los suprimirá del todo (Foucault, 2009, p. 39).

Ahora, si ese riesgo jamás podrá ser eliminado del todo, el modo en que se configuran las intervenciones en este tipo de espacios es a través del cálculo de probabilidades, intentando incidir en series abiertas de elementos que circulan, que se desplazan, que se acumulan, que escasean. Por lo tanto, el medio que se configura a partir de los dispositivos de seguridad incluye lo polivalente, lo transformable, lo aleatorio, la temporalidad; a diferencia de los espacios disciplinarios en los que hay celdas especificadas, temporalidades cerradas, funciones prefijadas, ordenamientos funcionales, vigilancia y examen que no dejan nada librado al azar.

Los dispositivos de seguridad tienden a ampliarse, mostrándose siempre predispuestos a integrar permanentemente nuevos elementos. Tanto en lo que respecta a la articulación entre diferentes espacios, como hacia su propio interior.

De este modo, las Instituciones de Alojamiento Transitorio suelen funcionar de manera articulada a redes distritales que las vinculan a los Centros de Salud, a los Hospitales, a los Centros de Acción Familiar, a Escuelas Comunes y Especiales, etc. Los Centros de Día, por su parte, suelen realizar actividades en conjunto con otros establecimientos, tal como lo atestigua un “Taller de Integración Interinstitucional” que ha funcionado en el Centro de Día visitado, destinado a realizar encuentros periódicos con otros establecimientos. Hacia el interior de los mismos espacios, puede encontrarse, por ejemplo, en las Instituciones de Alojamiento Transitorio destinadas a la niñez, todo un conjunto de estudiantes realizando prácticas, pasantes, residentes, colaboradores, etc. En los Centros de Día suelen trabajar algunas horas a la semana de manera ad honorem profesionales recién recibidos, de modo de facilitar la adquisición de una cierta experiencia profesional, a la vez que se obtiene mano de obra gratuita. También es común encontrar actividades recreativas o culturales que se presentan de manera voluntaria y solidaria, tales como obras de teatro, conciertos de tango por parte de un cantante de la ciudad, etc.

A su vez, en tanto se pretende regular la circulación, ninguno de estos establecimientos funciona bajo el régimen de puertas cerradas, con internación total por tiempo indeterminado y bajo decisiones arbitrarias centralizadas en una figura concreta –Juez de Menores, Director de Hospital de Alienados, etc.-, tal como ocurre en los establecimientos que habilita las biopolíticas del encierro. El Marco Básico de Funcionamiento de las Instituciones en Discapacidad sostiene al respecto que “deberán privilegiarse las pequeñas instituciones, sobre las grandes, que difícilmente puedan cumplir estos objetivos y permitir a las personas con discapacidad el goce de condiciones de vida más dignas”. Es decir, los actuales espacios se consideran siempre lugares de tránsito, aunque luego este tránsito encuentre un “cuello de botella”, un obstáculo o una imposibilidad (por falta de otro Centro de Día o Centro Educativo Terapéutico que ofrezca mejores condiciones de tratamiento; por falta de ofrecimiento de empresas para contratar a quienes logran formarse en los Talleres Protegidos; por falta de familias o parejas que decidan adoptar niños en condiciones de adoptabilidad; etc.).

Por otro lado, a diferencia de los espacios disciplinarios que funcionan bajo la lógica dicotómica de lo prohibido y lo obligatorio, los dispositivos de seguridad ya no buscan la manifestación cero de un acontecimiento. No busca anularla ni frenarla, sino limitarla y regularla. Este aspecto parece haber sido captado de una manera excepcional por la madre de un concurrente de un Centro de Día visitado, quien manifestaba su disconformidad con un intento de sanción respecto de un comportamiento de su hijo, manifestando que éste “al ser discapacitado, no hay que castigarlo, hay que contenerlo”. Tal como esta madre manifiesta, el mecanismo no es entonces la sanción normalizadora para evitar que el acontecimiento problemático se repita, sino la contención del individuo para que se reduzca al mínimo la probabilidad de su aparición, pero siempre considerando la posibilidad de que en cualquier momento puede volver a darse dicha situación.

Este último aspecto remite a la cuestión de la libertad. La disciplina delimita explícitamente entre lo normal y lo anormal; clasifica elementos de acuerdo a objetivos

determinados; secuencia y coordina de la mejor manera posible; y llegado el caso, modifica individuos, tiempos, gestos, actos, operaciones, etc. Se trata más de una normación que de una normalización. Ahora bien, un dispositivo de seguridad sólo puede funcionar si le es concomitante una apertura tal que permita la libertad. Debe existir la posibilidad de movimientos, desplazamientos, circulación (tanto de gente como de cosas). Las tecnologías de poder propias de los dispositivos de seguridad muestran su funcionamiento en la regulación de la circulación, más que en la desaparición o la evitación de un fenómeno.

De todos modos, cabe resaltar que no se trata de la desaparición de la lógica binaria de lo normal y lo anormal, instauradora de todo tipo de dicotomías a partir del funcionamiento de las prácticas discursivas, sino de otro modo de tratamiento de lo anormal:

Ahora habrá un señalamiento de lo normal y lo anormal, un señalamiento de las diferentes curvas de normalidad, y la operación de normalización consistirá en hacer interactuar esas diferentes atribuciones de normalidad y procurar que las más desfavorables se asimilen a las más favorables. (...) Por consiguiente, yo diría que ya no se trata de una normación sino más bien, o en sentido estricto, de una normalización (Foucault, 2009, p. 83).

De esta manera, la cuestión de la circulación deviene central. ¿Cómo lograr que los sujetos en situación de discapacidad ya no permanezcan encerrados en una habitación de su casa o aislado en un establecimiento asilar como la Colonia de Oliveros? ¿Cómo favorecer un modo de alojamiento de los niños que no los mantenga marginados de lo social hasta su mayoría de edad como el Hogar del Huérfano?

Los pases libres de transporte público; los automóviles con franquicia; los transportes especiales; los espacios y estacionamientos reservados; la accesibilidad física, edilicia, comunicacional y de internet; el cupo laboral obligatorio; la cobertura total de todo tratamiento vinculado a la discapacidad; etc., se instituyen como tácticas fundamentales para favorecer la circulación y participación social de los sujetos en situación de discapacidad. Por su parte, la sustitución de grados radiales en Hogares en favor del cursado escolar en los establecimientos correspondientes, así como la prioridad que se observa en cuanto a las opciones de la familia ampliada o la familia solidaria en detrimento de las Instituciones de Alojamiento Transitorio, se presenta en el territorio de la niñez como ejemplos de tácticas destinadas a favorecer la circulación social.

Y la cuestión de la circulación social remite ya a las políticas públicas que actualmente se encuentran vigentes en la ciudad de Rosario. Sus rasgos principales, pertenecientes en principio a las biopolíticas de la inclusión, no se ven restringidas solamente a la rehabilitación del aspecto físico o la adaptación de la cuestión mental (tal como muestra la historia de la discapacidad), sino que comienzan a orientarse a aspectos más globales. La protección y la promoción de derechos de ciertos sectores poblacionales impregnan la situación actual tanto de la niñez como de la discapacidad. “Se trata de poner de relieve cierto nivel en que la acción de quienes gobiernan es necesaria y suficiente” (Foucault, 2009, p. 87).

De todos modos, cabe destacar que los individuos no desaparecen de ellas. Los procesos de individualización de los fenómenos sociales continúan siendo uno de los rasgos más específicos de estas políticas públicas, tal como lo muestra el hecho de que muchas de ellas puedan describirse en su funcionamiento como políticas del individuo. Se trata de una articulación de distintas tecnologías de poder, siempre orientadas a los mismos objetivos que la gubernamentalidad actual propone.

Así las cosas, los establecimientos destinados tanto al abordaje de la niñez como de la discapacidad mental, se indagan mediante una modalidad de análisis que exige un triple descentramiento.

El primero de ellos remite a un desplazamiento respecto del “institucionalocentrismo” (Foucault, 2009, p. 140). Hay que pasar del interior de la dinámica institucional de cada establecimiento a su exterior, desplazándose de las problemáticas que se manifiestan allí dentro. No hay que perder de vista que cada establecimiento, su existencia, su vigencia y la modalidad de funcionamiento obedece a un ordenamiento social que le es exterior, que lo

preexiste, lo excede y lo atraviesa. Dicho ordenamiento se articula a un proyecto global que en este momento histórico se corresponde con las biopolíticas de la inclusión. Si bien al interior de cada espacio adquiere rasgos específicos, configurando heterotopías novedosas, no deja de remitir a una cierta tecnología de poder que las atraviesa, las configura y, llegado el caso, las transforma en algo diferente.

El segundo descentramiento permite dilucidar que la existencia y la vigencia de un espacio concreto -como un Centro de Día o una Institución de Alojamiento Transitorio- no se explica por el nivel de éxitos o fracasos de su funcionalidad, sino que “se inscribe, de hecho, en estrategias y tácticas que se apoyan incluso en sus propios déficits funcionales” (Foucault, 2009, p. 143). Esto responde la pregunta abierta más arriba respecto de por qué siguen abriéndose establecimientos en discapacidad mental a pesar de no lograr autonomía e integración social.

No interesa aquí un juicio de valor que señale moralmente un presunto mal funcionamiento en algunos de los establecimientos mencionados, sino de articular los supuestos fracasos con una racionalidad que le es exterior a él, y que legitima de todos modos la continuidad y la vigencia de su utilización. La cuestión no es entonces por qué un Centro de Día no genera comúnmente egresos de sujetos habilitados a transitar por lo social de un modo diferente a como lo hubiese hecho sin concurrir allí. Tampoco interrogar el llamado “cuello de botella” existente en el Taller Protegido que impide que quienes aprendan la profesión, se inserten en el mercado laboral privado o público. La cuestión sería más bien, discernir cuál es la funcionalidad política que tiene para la gubernamentalidad actual ese nivel de fracasos.

Por último, el tercer descentramiento exige no tomar como objeto de base para el análisis, la objetivación producida por las disciplinas, como es por ejemplo la discapacidad mental. Interesa captar por lo tanto, “el movimiento por el cual se construía, a través de esas tecnologías móviles, un campo de verdad con objetos de saber” (Foucault, 2009, p. 143).

El recorrido de este tercer capítulo, realizado mediante este triple descentramiento, muestra que la racionalidad inherente a las biopolíticas del encierro a fines del siglo XIX y principios del siglo XX recorre tanto el territorio de esa objetivación psiquiátrica que es la debilidad mental, como el territorio de la infancia. Queda por indagar entonces si los de la locura y las toxicomanías se muestran también permeables a ellas. Dicho atravesamiento posibilita que se objete ambos fenómenos en dicho momento histórico de un modo análogo y complementario, compartiendo espacios y tácticas en algunos momentos. Esto también implica la existencia de espacios otros -heterotopías- específicas para cada fenómeno, como así también un entrecruzamiento discursivo y de tecnologías de poder –tanto disciplinarias como biopolíticas- inherentes a este modelo, que legitima socialmente las construcciones discursivas y las prácticas en dicha época.

Ahora bien, este recorrido también muestra que a partir de la segunda mitad del siglo XX se producen múltiples virajes discursivos y de poder que contribuyen a una reformulación de las objetivaciones que hasta este momento histórico se vienen sosteniendo. Se puede ver entonces que la cuestión de los Derechos Humanos promueve una reconfiguración tanto de las objetivaciones, como de las prácticas y las heterotopías vigentes en la primera mitad de ese siglo, al poner en primer plano el estatuto de sujeto de derechos para ambas objetivaciones (y presumiblemente también para las otras dos).

Se puede homologar entonces cada establecimiento destinado a la niñez vulnerada y a la discapacidad mental –y probablemente aquellos destinados a las adicciones y al sufrimiento psíquico también-, más que a un lugar de encierro, a un dispositivo de seguridad. Esto implica que las biopolíticas de la inclusión, acorde a la época de los Derechos Humanos, no tienen por función ya intentar eliminar un elemento poco funcional para la gubernamentalidad, ni solucionar una problemática que deviene poco conveniente para lo social. Lo que se pretende ahora es regular su circulación en beneficio de la totalidad de la población. “En vez de afectar a los individuos como un conjunto de sujetos de derecho capaces de acciones voluntarias (...), se tratará de afectar, precisamente, a una población” (Foucault, 2009, p. 41). Se promueven en consecuencia toda una serie de transformaciones

a nivel social, basadas en el reconocimiento de sujeto de derechos para ambas figuras, que se presentan primero en el territorio de la discapacidad mental y luego en el de la niñez.

Ahora bien, a pesar de que esto genera un avance notable respecto de la situación en la que anteriormente se encontraban ambos sectores poblacionales, de todos modos, puede observarse que no termina de resolver las cuestiones que dificultan alcanzar una circulación y participación social equiparable a la del resto de la población.

Por lo tanto, en función del mencionado descentramiento metodológico necesario para realizar una analítica del poder en el territorio de la discapacidad mental, surge una pregunta: ¿por qué las biopolíticas de la inclusión, a pesar de todos sus esfuerzos – jurídicos, morales, arquitectónicos, clínicos, educativos, en salud, etc.-, no logra la tan anhelada inclusión? Y, sobre todo, ¿a qué obedece que se mantenga vigente dicha estrategia global, si no muestra los efectos prometidos?

Una descripción de algunos de los rasgos que hacen a la especificidad del territorio de la discapacidad mental se hace necesaria para responder tales interrogantes.

Capítulo 4. Cartografía del territorio de la discapacidad mental

4.1. La función de la deficiencia o el anclaje de la discapacidad en el cuerpo

En la totalidad de la materialidad discursiva perteneciente a las líneas de enunciación de la problemática de la discapacidad, se halla un punto en común en lo que hace específicamente a las definiciones formuladas sobre ella. No hay ninguna definición en donde no se habla de una deficiencia, de un déficit, de una limitación, que queda siempre circunscripta al plano individual.

Y una vez que queda aclarado que la discapacidad siempre se trata de una limitación funcional individual, se realiza un anclaje en lo orgánico, en lo físico, en lo corporal. La discapacidad puede ser entonces mental, motriz, sensorial o visceral. Y en los territorios que se constituyen respecto de cada una de estas delimitaciones, la dimensión biológica se materializa como el centro en el que convergen todos los atravesamientos (tanto del orden de la enunciación como del de la visibilidad). Ahora, si bien se presenta en el centro de cada uno de ellas, también se ubica por fuera de la problemática de la discapacidad.

El territorio remite a un centro intenso en lo más profundo de sí mismo; pero, ya lo hemos visto, ese centro intenso puede estar situado fuera del territorio, en el punto de convergencia de territorios muy diferentes o muy alejados. Lo Natal está fuera. (Deleuze & Guattari, 2002, p. 331).

El centro de los territorios de la discapacidad, lo natal al decir de Deleuze, está afuera de los discursos que la hacen existir: está en el cuerpo. Y al encontrarse directamente relacionada la deficiencia con la salud (ya sea que esté clasificada respecto de lo mental, motriz, visceral o funcional), se establece a su vez como signo evidente de patología en un plano ontológico.

Materializada así, pura y exclusivamente de forma individual, de naturaleza orgánica y de condición patológica, se constituye una entidad ontológica concreta, la discapacidad. La naturalización de la individualización, de la circunscripción a lo anatómico y de la patologización, constituyen, se reitera una vez más, los mecanismos de poder inherentes a la medicalización.

La mecánica del poder que persigue a toda esa disparidad no pretende suprimirla sino dándole una realidad analítica, visible y permanente: la hunde en los cuerpos, la desliza bajo las conductas, la convierte en principio de clasificación y de inteligibilidad, la constituye en razón de ser y orden natural del desorden (...). Al diseminarlas, se trata de incorporarlas en lo real y de incorporarlas al individuo (Foucault, 2010a, p. 46).

De este modo, puede hallarse en la historia del retraso mental –como ya fue mostrado– que, en las primeras décadas del siglo XX en Argentina, los individuos que muestran dificultades para el tránsito por la escolaridad, lejos de posibilitar un cuestionamiento del funcionamiento del Sistema Educativo, generan simplemente un anclaje de dichas dificultades en lo real del cuerpo.

Ejemplo de ello es que los problemas de aprendizaje se vinculan inmediatamente a cuestiones de orden intelectual. “Las figuras de los niños idiotas, retardados y débiles se asociaban a los déficits intelectuales” (Borinsky & Talak, 2004, p. 1). Las condiciones diferenciales de educación, el desarrollo de la psicometría y el nacimiento de los test mentales, encuentran así condiciones de posibilidad para su despliegue y legitimación.

Asimismo, cabe recordar que, en su mayoría, los alumnos que concurren a principios de siglo a establecimientos conformados para anormales, o bien que participaban de grupos diferenciales, no padecían de déficits cognitivos mensurados en función de estas herramientas psicométricas que comienzan a utilizarse, sino que se trataba de niños pobres, mal alimentados y que padecen algún déficit físico (anémicos, escrofulosos, con tórax

deformado, cardíacos, raquíuticos, etc.) (De la Vega, 2010). “Así es que la debilidad mental se infería directamente de la debilidad corporal” (Contino, 2010c, p. 193).

Uno de los problemas que se presenta a partir de este anclaje de la deficiencia en el cuerpo, es que ésta se encuentra asociada a la irreversibilidad. Planteándose desde un posicionamiento que articula la cuestión de la herencia y la constitucionalidad para la definición de un diagnóstico, la incurabilidad adquiere un fuerte tamiz en el pensamiento de las estrategias terapéuticas, pedagógicas y políticas.

Un estado individual de portación de una deficiencia patológica que difícilmente pueda ser rehabilitada, remite a dos cuestiones. Por un lado, a lo que el Modelo Social de la discapacidad denomina teoría de la tragedia personal:

La consecuencia lógica de la concepción general de la discapacidad como tragedia personal, es que las razones por las que las personas con discapacidad no pueden participar plenamente en la sociedad —o no lo hacen— se originan directamente en las limitaciones físicas o psicológicas que la persona con discapacidad tiene como resultado de un suceso traumático, ya sea él un accidente o el inicio o progreso de una enfermedad progresiva (Oliver, 2008, p. 20).

La teoría de la tragedia personal funciona como fundamento legitimador de toda una serie de políticas públicas y estrategias terapéuticas que continúan vigentes a pesar de no transformar en nada la situación de discapacidad, justamente porque su estado es en gran medida irreversible.

La segunda cuestión que implica la irreversibilidad de la deficiencia, remite a lo que Skliar denomina “argumento de la completud” (Skliar, 2005). Este argumento concierne a un posicionamiento en el que lo otro puede ser visualizado como algo que no es en sí mismo, sino que se compara con una figura ideal construida de antemano y que funciona como completud.

Hay aquí, por lo menos, un doble movimiento que podemos percibir: por un lado, el movimiento de pensar al otro como incompleto, de hacerlo incompleto, de fabricar y producir más y más su incompletud; por otro lado, el movimiento de completamiento, la necesidad de completamiento, la violencia del completamiento (Skliar, 2005, p. 59).

Esta analogía entre la deficiencia y la incompletud, se basa obviamente en la construcción política de la normalidad, como lineamiento central de las sociedades modernas occidentales. La deficiencia en general, y el retraso mental en particular, pueden pensarse entonces como herederas de la anormalidad, en tanto encuentran sus condiciones de posibilidad en el territorio que ella inaugura. “El reduccionismo de un pensamiento binario que actualiza su eficacia multiplicadora desde la economía política, pretende acompañarnos durante el Siglo XXI (Emmanuele, 2012, p. 7).

De esta manera, tanto la dicotomía normal / anormal como la naturalización de la deficiencia, se encuentran al servicio del sostenimiento del actual territorio de la discapacidad mental. Un territorio que se caracteriza por el hecho de que aquello que le otorga su especificidad —el retraso mental—, se define como algo negativo, como una desventaja, ubicando a quienes son catalogadas por dicha clasificación en una posición subjetiva de desigualdad para llevar adelante toda una serie de acciones sociales. La normalidad cuenta así con “la capacidad de ser ‘normativa’, de ser la expresión de exigencias colectivas, cuya desviación es sancionada con el mandato de la corrección, la sanción moral o penal. La normalidad es un valor y la desviación anormal un disvalor” (Vallejos, 2009a, p. 106).

El anclaje en el cuerpo de la deficiencia, su objetivación mediante técnicas de examen y medición, y la consecuente naturalización que todo ello conlleva, permiten esquivar lo que hace el poder. Se hace posible así invertir las relaciones de poder respecto de la discapacidad y hacer que ésta aparezca no en su relación esencial y positiva con el poder, sino “anclada en una instancia específica e irreductible que el poder intenta dominar como

puede" (Foucault, 2010a, p. 147); es decir, en el cuerpo. En otras palabras, es mucho más factible dominar el cuerpo que una construcción social.

Es por ello que deviene tan importante cuestionar la noción de déficit, de deficiencia, de manera de poder interrogar la racionalidad política en la que dichas nociones emergen.

En sus orígenes, el Modelo Social de la discapacidad tampoco cuestiona esta forma de pensar el cuerpo y la deficiencia. En un documento perteneciente a la UPIAS, por ejemplo, presenta una concepción de discapacidad que remite a un "perjuicio o restricción de la actividad causada por una organización social contemporánea que ignora completa o parcialmente a las personas con impedimentos físicos" (Borsay, 2008, p. 175). Este no cuestionamiento todavía presente en dicha perspectiva, acarrea esta forma de pensar la discapacidad incluso hasta la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Como se vio más arriba, la discapacidad continúa siendo pensada como una resultante de la interacción entre "las personas con deficiencia" y el entorno.

Es por ello que también sostiene que "se hace necesario desarrollar definiciones nuevas y más adecuadas que consideren que el hecho de que la discapacidad es una imposición social y no una limitación personal" (Oliver, 2008, p. 25), aunque "la producción de una teoría semejante, la que iría más allá de la comprensión de la discapacidad como una tragedia personal, requiere de más tiempo, trabajo y esfuerzo" (p. 31).

Se necesita entonces poner en cuestión la noción de deficiencia, en tanto se trata de una construcción discursiva que conlleva un determinado modo de distribuir el poder, basado en la idea de normalidad, de cuerpo normal. Un cuestionamiento tal supone "la ruptura con la pretendida causalidad biológica y [su] consiguiente carácter natural" (Angelino, 2009, p. 51), lo cual exige darle estatuto de objeto discursivo al retraso mental y de construcción socio histórico política a la discapacidad mental y al territorio que le concierne.

El anclaje del retraso mental en el cuerpo, como punto central del territorio de la discapacidad mental, promueve a su vez una serie de implicancias que le otorgan una determinada especificidad.

En primer lugar, el modo de ingreso, tránsito y egreso. El discurso jurídico se articula al discurso médico para establecer un mecanismo puntual que define no sólo quién ingresa a dicho territorio, o cómo se egresa, sino también los circuitos por donde se debe transitar. La deficiencia se presenta así como una desventaja social, ya que se supone que los individuos que la porten no pueden transitar por la sociedad de la misma manera que cualquier otro que no presente esa característica. "A esto se responde tratando de curar o rehabilitar a las personas discapacitadas. Estos procesos pretenden devolverles a la condición 'normal' de ser discapacitados" (Drake, 1998; p. 163).

En segundo lugar, el modo de producción de subjetividad que genera este modo de transitar lo social. Tanto en lo que respecta a la circulación por la comunidad, como en lo que concierne a la participación legal en toda una serie de cuestiones jurídicas.

Y por último, el modo en que las estrategias biopolíticas de la inclusión se despliegan para intentar transformar la situación de exclusión, opresión y discriminación que denuncian los sujetos pertenecientes a este sector poblacional.

4.2. La función del Certificado Único de Discapacidad o el acceso y la circunscripción a circuitos exclusivos

El territorio de la discapacidad mental, según se viene desplegando, adquiere consistencia a partir del anclaje de una deficiencia o de una limitación en el cuerpo individual de quien reciba el diagnóstico de retraso mental. En la deficiencia radica la naturalización de la existencia ontológica de la discapacidad; a partir de ella se la circunscribe a lo individual y se legitima socialmente su patologización y su consecuente medicalización.

El anclaje del retraso mental en el cuerpo preexiste en mucho la existencia de la discapacidad mental. Pero desde hace alrededor de cuatro décadas existe un proceso mediante el cual la antigua figura del retraso mental es ubicada en serie con otras

discapacidades que no remiten ya a lo mental, sino a lo físico: lo motriz, lo visceral o lo sensorial son los otros aspectos del ser humano que pueden verse atravesado por una limitación o una deficiencia.

Ahora bien, es posible afirmar que al territorio de la discapacidad mental (como así también a los de las otras formas de discapacidad, aunque haya que continuar investigando las especificidades de estas últimas), no puede acceder cualquier sujeto ni puede hacérselo exclusivamente en base a la voluntad personal. Los espacios existentes, los posicionamientos políticos, las prácticas terapéuticas, las legislaciones, las políticas públicas que en él se despliegan, etc., requieren de un mecanismo puntual que habilita a alguien a formar parte de dicho territorio. Por ejemplo, no cualquiera puede ser concurrente de un Centro de Día, de una Escuela Especial o de un Taller Protegido. “Las heterotopías siempre tienen un sistema de apertura y de cierre que las aísla respecto del espacio circundante” (Foucault, 2010c, p. 28).

El mecanismo que habilita entonces al ingreso de un individuo al territorio de la discapacidad mental en tanto *persona con discapacidad*, es una evaluación, un examen llevado a cabo por una instancia construida para tal fin, encargada de corroborar el diagnóstico clínico proferido por un profesional de la salud (médico, psiquiatra, psicólogo). El resultado de dicho mecanismo de examen habilita a la obtención del ya mencionado Certificado Único de Discapacidad, que funciona como puerta de ingreso a toda una serie de ventajas, beneficios y asistencias, en tanto constituye la herramienta jurídica esencial para la concreción de la promesa de la inclusión social.

El Certificado Único de Discapacidad es un documento público que acredita legalmente la discapacidad de un individuo. Sólo lo posee -de acuerdo a la legislación nacional- quien porta “una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. Como esta limitación funcional puede ser prolongada pero no permanente, su vigencia se limita en tiempos variables, cuyo máximo es de diez años de duración, para ser posteriormente renovado luego de una nueva evaluación.

De acuerdo al tipo de discapacidad debe estar acompañado de determinados estudios adicionales, siempre actualizados, de manera de comprobar objetivamente la existencia y/o permanencia de la limitación mental, motriz, sensorial o visceral. Se utiliza por lo tanto como comprobante de la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla ante cualquier organismo público o privado. Ante la pérdida de este documento debe efectuarse la denuncia, la cual constituye el requisito excluyente para su re-tramitación.

Hasta el año 2001, momento en que se realiza la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI), sólo el 14,6% de individuos que se presumen con una limitación funcional lo ha tramitado, lo cual es un dato llamativo por la función social y legal que le está reservada. No se disponen de datos más actualizados a la fecha (Fara, 2010).

Permite acceder a los beneficios estipulados por las leyes nacionales, provinciales y municipales, entre ellos a las prestaciones y cobertura integral de tratamiento, habilitación y/o rehabilitación; provisión de órtesis, prótesis y aparatos ortopédicos; cobertura integral de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, incluido el grupo familiar; cobertura integral de medicación; cobertura integral de alimentación dietoterápica que no se produzca en el país; pase libre en el transporte público; acceso laboral en el ámbito de la administración pública, franquicias para la adquisición de vehículos; determinadas exenciones impositivas; autorización del uso del símbolo internacional de accesibilidad y estacionamiento; exención de la patente; ingreso al régimen de Asignaciones Familiares en ANSES; explotación de pequeños comercios; entre otros.

De todos modos, cabe señalar que, si bien esto implica la posibilidad de acceso para este sector poblacional a toda una serie de beneficios que de otro modo no podrían alcanzarse, el marco normativo “deja en manos de un sistema público no siempre eficaz la atención de quienes no tienen otra cobertura y, al mismo tiempo, es una fuente importante de litigios” (Fara, 2010, p. 151). Ello es debido a que hay toda una serie de coberturas que no siempre son otorgadas por las obras sociales a pesar de estar contempladas por la legislación vigente. De hecho, la mayoría de los familiares entrevistados, manifiestan al

respecto que han tenido que actuar mediante recursos de amparo para que sus correspondientes obras sociales cubran determinados tratamientos, servicios o prestaciones.

Además, en relación al otorgamiento de certificados, cabe recordar un dato ya mencionado que se desprende del Balance de gestión de la Subsecretaría de Inclusión para las Personas con Discapacidad, el cual da cuenta de la importancia que adquiere el certificado en este momento puntual. Allí se destaca que, en la geografía de la provincia de Santa Fe, se viene dando un progresivo incremento tanto de Juntas Evaluadoras de Personas -que certifican el tipo de discapacidad y el grado de su manifestación-, como así también de Juntas Evaluadoras de Instituciones, que garantizan que los establecimientos que se ofrecen para el abordaje cumplan con lo que está estipulado como necesario (de acuerdo a los Decretos N° 498/83 y 1.193/98). Este aspecto constituye todo un analizador, en tanto muestra que el direccionamiento político de esta provincia es una cada vez más facilitada vía de acceso a la obtención de la certificación. Especialmente, si se tiene en consideración que, además, el tiempo que conlleva el trámite se ha visto drásticamente reducido: de diez meses de demora hace unos pocos años, a la entrega en el mismo día de su gestión, en la actualidad. La facilitación de la obtención del Certificado Único de Discapacidad se produce al mismo tiempo que la Subsecretaría manifiesta en conferencias que si fuera por ella “el Certificado debería desaparecer”.

Un segundo analizador respecto de esta herramienta jurídica, es el hecho de que sea extendido por el Servicio Nacional de Rehabilitación, a través de los Ministerios de Salud de cada provincia. Tal como claramente se afirma en el sitio web del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe: “el problema de la discapacidad abordado específicamente desde el Estado, es un problema de Salud”.

La circunscripción de la discapacidad al ámbito de incidencia política de la Institución Salud parece incuestionada. Especialmente si se tiene presente que uno de los dos aspectos que debe especificar este documento es el “diagnóstico funcional” de quien lo tramita.

Deviene importante mencionar aquí que el concepto diagnóstico deriva del griego *diagnostikos* (*dia*: a través de; *gignoskein*: conocer), y que remite al acto e conocer a través de algún medio.

De esta manera, la situación clínica de cada individuo que solicita esta certificación, es conocida a través de una evaluación integral que articula dos mecanismos bien específicos: la vigilancia jerárquica (que denota una asimetría de poder entre quien observa y quien es observado), y la sanción normalizadora (que no necesariamente remite a un castigo sino más bien a un encauzamiento) (Foucault, 2004). La articulación de ambas técnicas produce el mecanismo denominado examen, que, en este caso, suelda definitivamente el resultado de dicha evaluación con la realidad ontológica de quien es evaluado, a través de la legitimación del saber utilizado para llevarla a cabo. Se establece así

una relación en la que los sujetos son capturados por el discurso médico: algunos se transforman en objeto de ese discurso, que será examinado en la búsqueda de su naturaleza, clasificado y diagnosticado; otros son operadores de ese discurso, exigiendo el sometimiento al poder médico (Vallejos, 2009b, p. 204).

La muestra más clara de este sometimiento que exige el poder médico-psiquiátrico, puede leerse en este hecho de que si bien los alcances del certificado no se reducen al aspecto clínico o terapéutico (ya que se extienden a toda una serie de ventajas y beneficios sociales, políticos, económicos, educativos, laborales, etc.), la cuestión de un diagnóstico establecido por una instancia primordialmente médica continúa siendo ineludible.

Un tercer analizador que se desprende de la indagación de las implicancias de la existencia de este certificado, concierne a las Juntas Evaluadoras. Si bien su conformación es interdisciplinaria, acorde a una concepción integral de la salud, muchos actores sociales continúan nombrándola como “Junta Médica”; entre ellos, los mismos profesionales que pertenecen a ellas, los sujetos en situación de discapacidad, e incluso algunos de sus

familiares. Parece ser que la impronta del discurso médico en el sostenimiento y la legitimación social de este dispositivo de examen continúa completamente vigente a pesar de la lógica interdisciplinaria propuesta desde las políticas de salud pública.

Cuatro cuestiones pueden desplegarse a partir de estos analizadores vinculados a las implicancias políticas y subjetivas de la existencia y el funcionamiento del Certificado Único de Discapacidad.

En primer lugar, cabe resaltar que este documento público genera en los distintos territorios de la discapacidad algo muy cercano al sueño del abordaje de cualquier fenómeno humano que represente una problemática social: una certificación legal que la refrende. Una herramienta perteneciente al discurso jurídico que materializa la objetivación de la discapacidad en el plano individual.

Una herramienta así no existe para el abordaje de la problemática de la niñez vulnerada en sus derechos (que se encuentra supeditado al análisis de todo un sistema de equipos que sólo en última instancia finaliza con el dictamen de la Dirección de Niñez), ni en la del sufrimiento psíquico (que depende de un diagnóstico psiquiátrico que puede ser discutible por una lectura diferente), ni en el de las adicciones (cuya forma de acceso es múltiple; por voluntad propia, por orden judicial, por prescripción médica, etc.).

Si bien las dos últimas problemáticas requerirían una profundización, la posibilidad de entrar, circular y salir del circuito del abordaje de las otras problemáticas es hoy mucho más factible que en la época de las biopolíticas del encierro. Incluso en el territorio de la niñez vulnerada, en donde más allá de las disposiciones estatales, las familias suelen retirar a sus hijos de las Instituciones de Alojamiento Transitorio sin autorización, o los mismos niños suelen volver por sus propios medios a sus hogares de origen, como lo atestigua la nota publicada con fecha 27 de noviembre de 2012 en el blog de noticias Oíd Mortales.

Otra dificultad se presenta respecto de la problemática de la niñez vulnerada, en relación al ingreso y del egreso de su territorio: la cuestión de los recursos económicos de cada familia. Personal entrevistado de la Coordinación de los Equipos Territoriales, manifiesta que, ante situaciones de abandono, maltrato, abuso o negligencia, sólo pueden acceder a los casos problemáticos cuando las familias permiten el ingreso a sus hogares. “En las clases media, y media alta, cuando querés ver qué pasa, te cierran la puerta en la cara y no te dejan entrar. ¿Y qué les vas a decir? No los podés forzar a que te dejen pasar”, manifiesta uno de los trabajadores estatales entrevistados. Por otro lado, Bright agrega que, ante situaciones de delitos cometidos por niños, niñas o adolescentes, las resoluciones no son muy diferentes: “¿qué pasa cuando un chico de clase media o alta comete un delito o se lo considera en riesgo? Por lo general no son ‘clientes’ de institutos, sino que son derivados a psicólogos, adquiriendo la categoría de ‘pacientes’” (Bright, 2011, p. 163).

Es decir que la inserción en los otros territorios es siempre compleja, depende de varias instancias burocráticas y del funcionamiento de complejos sistemas legales. El individuo incluso puede reclamar su salida de dicho territorio, recurriendo a un abogado que lo represente. Y, además, las posibilidades de evitarlas son directamente proporcionales a los recursos económicos de los que se disponga.

A diferencia de ello, en el territorio de la discapacidad, una herramienta jurídica otorgada a través de un dispositivo de examen legitimado por el discurso médico, constituye la única vía de acceso. Y la salida no suele reclamarse a pesar de que no hay obstáculos para ello, ya que sólo depende de dejar de renovar el Certificado, o bien de suspender la utilización de los beneficios a los que éste habilita.

Además de la inscripción en el discurso jurídico de esta herramienta, una segunda cuestión que se observa en el funcionamiento del Certificado Único de Discapacidad es que se trata de una catalogación que no es impuesta desde afuera por alguna autoridad legal, profesional o estatal, a un individuo que no la elegiría. Por el contrario, es siempre solicitada y tramitada por el propio usuario.

En general, lo observado en los otros territorios es que se trata casi siempre de evitar la inserción en ellos. El único caso relativamente similar en el que alguien busca por sus propios intereses acceder a uno de ellos, es quien intenta inscribirse en el del padecimiento

mental para eludir de este modo un espacio mucho más riesgoso: el de la prisión. Cabe recordar que la inimputabilidad excluye la reclusión carcelaria.

La obtención de este documento público se da entonces mediante la estrategia social de las denominadas políticas del individuo, en tanto sólo puede otorgárselo a quien lo solicita, y su otorgamiento es absolutamente individual, ligado invariablemente a una situación singular que hace que cada caso sea único.

Una tercera cuestión observada –además de la certificación médico-jurídica y de la elección individual del ingreso en este territorio–, es algo que la mayoría de los actores sociales entrevistados denominan “discapacitación”. Esto es, la inserción en el territorio de la discapacidad mental de individuos que no se encuentran diagnosticados con retraso mental. La decisión profesional por parte de los integrantes de las Juntas Evaluadoras está dada por las dificultades que encuentra para transitar la escolaridad común todo un sector empobrecido de la población, como así también para acceder a servicios y prestaciones básicas, como, por ejemplo, del orden de la salud.

Así, tanto en entrevistas realizadas a actores sociales vinculados al funcionamiento de las Juntas, como en Informes públicos realizados luego de un trabajo de relevamiento (Belgich, Sagües, Martinelli & Festa, 2010), se encuentra que hay niños que transitan la escolaridad especial a partir de la obtención de una certificación de discapacidad mental que no se vincula con el retraso mental sino con la facilitación del acceso a alguna forma de escolarización. Asimismo, otros beneficios vinculados a este documento complementan las razones por las que muchas familias ven una ventaja en la discapacidad de alguno de sus integrantes, aunque ello conlleve ciertos riesgos, tales como la patologización, la medicalización y el direccionamiento de instancias específicas, indicación que difícilmente pueda luego modificarse.

La posibilidad concreta de la discapacidad de la pobreza deviene así una tercera cuestión a tener en consideración.

La cuarta y última cuestión a desplegar respecto de la certificación de la discapacidad mental, es que inevitablemente debe ir acompañada de la “orientación prestacional” que cada caso requiera. La orientación prestacional es el segundo aspecto que debe especificar el Certificado Único de Discapacidad, junto con el ya mencionado “diagnóstico funcional”.

La orientación prestacional puede ser de orden terapéutico (tratamientos, abordajes clínicos, rehabilitación, Centro de Día); educativos (escolarización especial, inclusión escolar); o educativo terapéutico (Centro Educativo Terapéutico). Por lo tanto, en cada certificado emitido por la Junta, se puede leer, luego de la descripción tabulada y categorizada de las características deficitarias del individuo, una referencia acerca de su destino, bajo la forma de una prescripción médica que, en muchos casos, conlleva la inserción en un establecimiento.

Respecto de estos espacios, cabe especificar que los sujetos en situación de discapacidad mental no son allí ya encerrados y aislados. Pero sí compelidos a circular mayormente por circuitos exclusivos para sujetos en situación de discapacidad, y no tanto por otros que pueden ser compartidos con el resto de la población. En el artículo 12 de la ley 24.901, se especifica que

Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos. Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios, y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades. Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación.

En este fragmento de materialidad discursiva queda en evidencia la función política que se les exige a los profesionales de las diversas disciplinas, ya que no sólo deben orientar en las situaciones de imposibilidad de rehabilitación o de cronicidad de un cierto estado, sino también -paradójicamente- cuando su evolución sea favorable. Es decir, no queda ningún

caso disponible para habilitar a la posibilidad de que el sujeto en situación de discapacidad elija por sí mismo. Y mucho menos, de que interroge el tejido social que lo deja ubicado en posición de no poder elegir otra forma de transitar su vida más que comandada por la medicalización.

A pesar de los esfuerzos de la racionalidad de la anátomo-política, es necesario tener en cuenta que el delincuente, el vagabundo, el loco, el libertino, no aspiran a ser moralizados, por lo que su readaptación se impone desde el exterior, como parte de un proyecto político que no les pertenece (Emmanuele & Cappelletti, 2001). Una situación similar puede pensarse en relación a la situación de discapacidad: no es necesario tener la intención de ser insertado en un establecimiento educativo, terapéutico o educativo terapéutico; se da de hecho, justificado por un recurso jurídico, legalizado por la firma médica, y legitimado por el hecho de que cualquier otra opción deviene prácticamente inviable.

Las aspiraciones singulares del colectivo social de los sujetos en situación de discapacidad no forman parte del mecanismo de examen que culmina con el Certificado Único de Discapacidad y de la decisión de la orientación prestacional que en él figura.

Es necesario subrayar que muchas de las prestaciones de rehabilitación o médico asistenciales que contempla la ley de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con discapacidad N° 24.901, no favorecen una vida autónoma en la comunidad de las personas con discapacidad, dado que generan y refuerzan prácticas segregadoras bajo la órbita de cuidados profesionales a donde se ubicará a la persona con discapacidad (REDI, 2013a, p. 53).

Además, desde la racionalidad biopolítica, ya no sólo se dispone de un espacio medicalizado concreto para transitar la vida, sino que la estrategia se presenta de modo tal que se espera desde lo terapéutico la concreción de la inclusión. La gubernamentalidad actual, sosteniendo la bandera biopolítica de la inclusión, promueve espacios de inserción en los que el individuo ya no deba ser coaccionado (tal como ocurre en otra época con las figuras del menor, el loco o el toxicómano, por ejemplo). No es necesaria la coacción ni el forzamiento; el entramado discursivo de lo médico, lo psicológico, lo moral, lo pedagógico, lo jurídico -materializado en diversas prácticas discursivas y no discursivas-, promueven una forma de producción de subjetividad en el territorio de la discapacidad mental, que sólo puede ver beneficios en la elección de esta opción. “Yo vengo acá porque ¿qué otra cosa voy a hacer? En mi casa me aburro. Por lo menos acá tengo los profes, mis compañeros, mi novia”, sostiene un concurrente de un Centro de Día entrevistado.

Es así que, en el territorio de la discapacidad mental, mediante el comando del discurso médico y jurídico –y avalado por supuesto por el discurso psi-, se ha ido institucionalizando una estrategia política que orienta en lo prestacional a cada individuo que disponga de un Certificado Único de Discapacidad, a un establecimiento supuestamente adecuado para su tratamiento. La microfísica del poder, materializada en distintos discursos, actores, políticas, prácticas, disciplinas, etc., justifican, legitiman, avalan y reproducen esta circularidad, naturalizando la patologización y sosteniendo un modo de producción de subjetividad que tiende a confundir una prestación terapéutica, con un modo de transitar y participar de lo social.

Se regula así la participación social de todo un sector poblacional, dejando muy poco margen para que alguien pueda interrogar, correrse o modificar estos circuitos, que no son los mismos que transitan los individuos que no se encuentran atravesados por su situación.

De este modo, la tan mentada exclusión que padecerían los sujetos en situación de discapacidad en general, y en discapacidad mental en particular, queda completamente cuestionada. Alguien que es evaluado por una instancia del Estado; que se ve atravesado por toda una serie de políticas públicas; que es objeto de intervenciones jurídicas, médicas, psi, pedagógicas; etc. no puede estar excluido de lo social. “No está fuera de la sociedad, está adentro de un circuito institucional específico”, al decir de Vallejos (2009b, p. 192).

Incluso, cuando alguien transgrede los límites de estos circuitos, no deja de resultar llamativos, como si se estuviera fuera de contexto. Un nuevo fragmento de materialidad

discursiva da cuenta de esto. En la publicación *Contacto* del Instituto Universitario Italiano de Rosario se hace referencia a un “taller de concientización respecto a la discapacidad y la inclusión social”, participando de una vivencia como si estuviesen ellos mismos en situación de discapacidad. De este modo, se sostiene allí que “los pasillos, las aulas y la biblioteca se vieron invadidas, repentinamente, de personas viviendo una experiencia de discapacidad” (2013, p. 3). Que se utilice allí la categoría “invadidas” da cuenta del modo en que se vivencia la presencia de un sujeto en situación de discapacidad en un ámbito que por lo tanto no le pertenecería, en el que no sería tan común su circulación como la de otros actores sociales.

Es decir, no se trata de no circular ni participar socialmente, sino de un determinado modo de circulación y participación social, que conlleva estrategias de encauzamiento biopolíticas y disciplinarias para todo este colectivo social. Tal como advierte Deleuze, “en la crisis del hospital como lugar de encierro, la sectorización, los hospitales de día, la atención a domicilio, pudieron marcar al principio nuevas libertades, pero participan también de mecanismos de control que rivalizan con los más duros encierros” (2005c, p. 116).

De este modo, a través de la orientación prestacional presente en todo certificado de discapacidad, “se hacen predicciones de su evolución, con y sin tratamiento de rehabilitación, se prescriben prácticas, se elaboran profecías acerca de la vida del *discapacitado*” (Vallejos, 2009b, p. 197) (la cursiva le pertenece a la autora).

El certificado entonces puede leerse como una herramienta perteneciente al discurso jurídico, que sella legalmente la naturaleza orgánica, la condición patológica y la circunscripción en lo individual de una problemática que es leída como limitación funcional. Define también la orientación prestacional, conformando una táctica privilegiada de encauzamiento de circulación en la comunidad y de participación política de este colectivo social. Al decir de Vallejos, “queda en claro la centralidad del diagnóstico y del certificado médico no sólo como reconocimiento de la discapacidad, sino también en su producción” (Vallejos, 2009b, p. 188).

Y la producción de discapacidad ha implicado en sus décadas de historia, no sólo el encauzamiento a circuitos específicos respecto del tránsito social, sino también de la participación legal. La cuestión de la capacidad jurídica es otra limitación política que requiere ser desplegada, en especial, debido a la forma de producción de subjetividad que ella conlleva.

4.3. La función de declaración de insania o incapacidad total, o “la muerte civil” del sujeto en situación de discapacidad mental

El Código Civil argentino se encuentra actualmente (año 2014) en pleno proceso de modificación. Pero su versión original data del año 1871 y en él figuran algunos artículos que conciernen a la actual situación de discapacidad mental.

El primero de ellos remite a la cuestión de la *capacidad jurídica*. La capacidad jurídica, de acuerdo al artículo 31, refiere a la posibilidad de la que dispone un sujeto de ser titular de derechos y obligaciones (capacidad de derecho), así como de poder ser quien los ejerce (capacidad de hecho). Esto está íntimamente ligado a la figura de sujeto de derecho (Ruhl, 2013).

El texto original del Código Civil sólo contempla dos posibilidades, o se es capaz o se es incapaz, ofreciendo desde el discurso jurídico una vez más, una alternativa dicotómica y excluyente.

Se trata de una postura que cuenta con significativos antecedentes históricos. El primero de ellos remite a 2.500 años atrás. Justiniano afirma que de acuerdo a la Ley de las XII Tablas, vigente en Roma en el siglo V a.C., “los furiosos y los pródigos aunque sean mayores de 25 años se hallaban bajo la curatela de los agnados” (REDI, 2012, p. 4).

Por otro lado, el artículo 488 del Código Napoleón, que sostiene que “un adulto que se encuentra en un estado habitual de imbecilidad, demencia o locura, debe ser interdicto, a

pesar de que tal estado presente algunos intervalos lúcidos" (REDI, 2012, p. 4). Este Código estaba en vigencia en esta geografía sudamericana cuando aún se era colonia española.

Cabe destacar que la interdicción judicial sólo puede producirse bajo un sustento de legitimación que depende del discurso médico. Es dicho discurso a través de la construcción de objetos y enunciados específicos, el que presta su apoyo a la Institución Justicia para que pueda definir quién es responsable de sus actos y quién no.

La intención inicial no es la protección del individuo mismo o de sus bienes, sino más bien la seguridad de los otros. Es por ello que los primeros que lo hacen en la Modernidad son los alienistas y los médicos psiquiatras (figuras entre las cuales se destaca el mencionado Cesare Lombroso). Se busca definir quién es lo suficientemente peligroso como para no estar libre en lo social, pero también lo suficiente irresponsable como para estar en prisión. "Esto permitió que se pudiera determinar la insanía como base de la decisión jurídica de exclusión de derechos y de eximición de responsabilidades penales" (Belgich, 2006, p. 146).

A su vez, entre este conjunto de individuos a los que se hace necesario expropiarle sus derechos, se distinguen tres subgrupos: los acontratables, los dementes y los idiotas. En esta época, la idiocia es considerada una enfermedad mental por Pinel, por estar clasificada como una de las cuatro formas de psicosis, junto con la manía, la melancolía y la demencia. "La define Pinel como la ausencia de todas las facultades mentales" (Belgich, 2006, p. 147).

Del pródigo que dilapida su fortuna sin justificativo hace 2.500 años, pasando por la imbecilidad de la época de la Colonia, luego por la ausencia de las facultades mentales -todas- de la naciente psiquiatría del siglo XIX, hasta llegar a la incapacidad total presente en el Código Civil del siglo XXI, persiste una marcada línea de continuidad respecto del derecho de unos a retirar los derechos de otros.

Ahora bien, justamente en virtud de críticas y cuestionamientos ejercidos a lo largo de los años por lo extremo y antiguo de esta postura sostenida en el Código Civil argentino, en el año 1968 mediante la ley N° 17.711 se introduce una figura intermedia, la denominada "inhabilitación". Se evita de este modo la declaración de incapacidad absoluta para todos los casos, limitándose de esta manera a determinados actos para los cuales el sujeto inhabilitado requiere del consentimiento de un tercero que obra en su representación. Sin embargo, más allá de que esta categoría es menos lesiva para la figura del sujeto de derecho, "lo cierto es que continúa siendo sustitutiva de su voluntad" (Ruhl, 2013, p. 8).

Por otro lado, la sanción de la ley de Salud Mental, incorporó el artículo 152 al Código Civil, amenizando lo referido a la capacidad civil, en tanto los jueces pueden declarar incapacidad para determinados actos concretos y no en lo que respecta al sujeto. Sin embargo, desde la perspectiva del colectivo social atravesado por esta problemática, la sustitución de la voluntad –que constituye el principal punto de conflicto- continúa presente.

Es decir, de acuerdo al Código Civil todavía vigente, es posible aún en la actualidad declarar a un sujeto como "incapaz absoluto". De hecho, numerosas consultas y/o reclamos son llevados adelante por familiares de sujetos en situación de discapacidad en este aspecto. Se trata de casos en los que, al cumplir la mayoría de edad, se pierden todos los beneficios que se encontraban percibiendo (medicación, tratamientos, pensiones, etc.), excepto que declaren la insanía y designen a alguien para llevar adelante la función de la curatela.

Es importante resaltar que ello representa una contravención respecto del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CEDDIS, 2013), que tiene jerarquía superior a la de cualquier ley o código. Este artículo en cuestión, refiere precisamente que "las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su capacidad jurídica (...) en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida".

Puede afirmarse en consecuencia que la medida de la interdicción judicial que constituye la declaración de la incapacidad absoluta, la insanía o la curaduría, encuentra su fundamento en la concepción individualizada y medicalizada de la discapacidad (REDI, 2012). Sólo es posible que emerja una figura que represente a un sujeto, si le supone a este último una deficiencia que lo inhabilita ante toda una serie de aspectos cotidianos de la vida.

Jurídicamente esto implica que el individuo así declarado no queda en igualdad de condiciones que el resto, en tanto pierde la posibilidad de que se tenga en cuenta su voluntad o decisión, de disponer de sus bienes, de participar con la emisión del voto en los actos electorales, de la disposición de su propio cuerpo, de la posibilidad del matrimonio, el ejercicio de la patria potestad, la manifestación de la voluntad de adopción, rechazar tratamientos o estudios, etc.

En síntesis, un sujeto “pierde las riendas de su vida y otro las asume” (REDI, 2012, p. 8). Aquello que se conoce en el ámbito jurídico como *modelo de la sustitución* (Ruhl, 2013), remite entonces a un grave obstáculo para una vida autónoma.

Y esto mismo ocurre también en los otros territorios mencionados, tales como la niñez vulnerada en sus derechos, las adicciones o el padecimiento mental (aunque en estos últimos dos casos, es necesario continuar profundizando). En tanto se produce la declaración de inhabilitación para disponer de la capacidad jurídica –ya sea de manera restringida, reducida o total- en cualquiera de los territorios referidos, un tercero asume legalmente la responsabilidad. Y esto no puede ser sin efectos subjetivos para quien es despojado legalmente de la posibilidad de hablar y decidir por sí mismo.

Esto se debe a que, para la legislación argentina, a partir de que alguien no puede responder por sí mismo, debe definirse la figura del curador. Esta figura tiene por función cuidar a la persona, a sus bienes y velar por su salud, a pesar de que desde la Convención se proponga la figura jurídica del sujeto de derechos y no del objeto de protección para el sujeto en situación de discapacidad (Ruhl, 2013).

Por lo tanto, el hecho de que el territorio de la discapacidad mental rija aun por las reglas de la tutela -es decir, por las mismas reglas que se presentan en el territorio de la niñez- constituye todo un analizador. Una vez más se presenta en el territorio de la discapacidad mental un entrecruzamiento con rasgos pertenecientes también a otros territorios, y que habilitan a toda una serie de implicancias. Entre ellas, la de los mencionados rasgos de infantilización y desexualización presentes en la observación de los espacios destinados a abordar la discapacidad mental.

En Argentina, son extremadamente infrecuentes los casos en que un Juez se base en la Convención –y por lo tanto en el respeto de la capacidad jurídica del sujeto-, antes que en el todavía vigente Código Civil (de acuerdo a una comunicación personal de una empleada de la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad).

La ANSES, por su parte, previendo una seguidilla de situaciones similares, decide emitir un dictamen a través de la Gerencia de Asuntos Jurídicos, para establecer un procedimiento acorde a la Convención. En él se sostiene que “la consideración de que por el solo hecho de ser portador de algún tipo de discapacidad intelectual, una persona sea declarada o tratada como incapaz absoluto de derecho, constituye un exceso legal intolerable” (ANSES, 2007, p. 5). En consecuencia, dicha Administración Nacional afirma tanto en este dictamen (tal como lo hace en la circular N° 35/08) que

en el moderno abordaje de las cuestiones que hacen al discapacidad intelectual, no cabe presumir siquiera, en todos los casos en que se detecte algún tipo de déficit intelectual, una incapacidad absoluta y para todo tipo de actos de administración de la persona o de sus bienes sino, antes bien, procurar un estricto equilibrio entre la protección jurídica y fáctica a la que tiene derecho la persona con discapacidad y la posibilidad del mayor desarrollo personal en el marco de la autodeterminación al que también tiene derecho por su condición humana y de ciudadano (ANSES, 2007, p. 3).

Por su parte, en un Informe del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CEDDIS), se sostiene que el panorama regional de América Latina, no se presenta muy favorecedor de un cambio en este sentido:

En su mayoría los Estados se basan en distintos criterios para determinar la discapacidad; que no existe una distinción o definición acorde de los conceptos de discapacidad mental y discapacidad intelectual; que no es claro el concepto de discapacidad psicosocial; que el

modelo médico rehabilitador se mantiene muy arraigado en la actividad pública; que predominan las barreras de accesibilidad para las personas con discapacidad en sedes judiciales; que la mayor parte de las páginas web estatales no son accesibles; que no hay evidencia de que los procedimientos judiciales en los que intervienen las personas con discapacidad, como justiciables, testigos o jurados, tengan adecuaciones específicas en todos los casos; que en ninguno de los Estados que contestaron el cuestionario la legislación nacional contempla mecanismos de sistemas o de apoyo a favor de las personas con discapacidad en términos del art. 12 de la CDPCD, y que no existen para las personas con discapacidad en situación de encierro, medidas especiales tendientes a facilitar su autonomía, entre otros resultados (CEDDIS, 2013, p. 4).

Todo un sistema de protecciones, tutelajes y curadurías se conforma alrededor del sujeto en situación de discapacidad. Se habla entonces de “muerte civil” (REDI, 2012), en tanto se da una sustitución total del sujeto en virtud de la representación, y en tanto éste no puede oponer resistencia alguna al entorno paternalista en el cual se encuentra inmerso. Bajo la intención de la supresión o disminución de los riesgos a los que podría verse expuesto, se lo mantiene marginado de la circulación y participación social de las que el resto de la sociedad sí puede disponer.

Cuando no es posible la cura, esa persona es apartada de las actividades sociales, no aprende, no trabaja, y no participa activamente de la sociedad, sino que lo hace en espacios pensados para personas con discapacidad. Todo ello justificado en su protección, a fin de evitar perjuicios a su persona (Ruhl, 2013, p. 3).

La deficiencia que supuestamente se porta en situación de discapacidad mental remite a un fundamento legitimado desde el discurso médico (debido a la pretensión de cientificidad que lo caracteriza). Exige resguardar toda una serie de elementos jurídicos (bienes, derechos, obligaciones, etc.), de la peligrosidad de quedar en manos de la decisión de alguien que no se encontraría en condiciones de protegerlos.

Así las cosas, la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), la Asociación por los Derechos Civiles (ADC) y la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) se vieron en la necesidad de presentar un informe en el año 2013 ante el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU. Allí manifiestan lo problemático que resulta en Argentina la implementación del mencionado artículo 12, así como del 29 (que refiere a la participación en la vida política del sujeto en situación de discapacidad), ambos pertenecientes a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI, ADC & ACIJ, 2013).

Este tipo de denuncias llevadas adelante por organizaciones conformadas por sujetos en situación de discapacidad remite a ampararse en el mencionado artículo 12 de la Convención para lograr la nulidad de toda declaración de incapacidad total o insanía, la eliminación de la figura de la interdicción judicial y la sustitución de la figura del curador.

De este modo, se habilitarían las condiciones de posibilidad para que emerja la estrategia denominada *sistema de apoyo*. El sistema de apoyo concierne a un variable conjunto de tácticas que deben favorecer la autonomía en la vida cotidiana de un sujeto en situación de discapacidad (en lo escolar, en lo laboral, en la toma de decisiones, etc.).

El mencionado artículo 12, en su inciso II, explicita algunos rasgos de este sistema de apoyo. Entre ellos, cabe mencionar el de respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de los sujetos en situación de discapacidad; no generar conflicto de interés, ni ejercer influencia indebida sobre ellos; ser proporcionales y adaptados a la circunstancia del sujeto; aplicarse por el menor tiempo posible; estar sujetos a revisiones periódicas por parte de autoridad independiente u órgano judicial, etc. Incluso el sujeto implicado se encuentra en posición de hacer renunciar a quien funciona como sistema de apoyo para su toma de decisiones, si así lo considera conveniente.

A diferencia de los sistemas de protección sustitutivos, que atrapan a las personas considerándolas un objeto a tutelar, el apoyo adecuado a la nueva normativa de derechos

humanos se encamina a la liberación de las personas en sus propias vidas, a la ampliación de su esfera de actuación en la que decidan por sí mismas lo que quieran hacer y al reconocimiento del valor de su aporte a la sociedad que integran como ciudadanos y como parte de la diversidad y de la condición humanas (Villaverde, 2009, párr. 40).

Además, el sistema de apoyo se basa en lo que desde el Modelo Social se denomina “la dignidad del riesgo” (Ferrari et al., 2012). Esto implica reconocer el derecho a vivir de acuerdo a las propias decisiones, aun cuando ello implique la posibilidad de equivocarse. En otras palabras, si todo ser humano vive su vida en función de decisiones que no pueden estar exentas de ser equivocadas, los sujetos en situación de discapacidad deben contar con el mismo derecho.

Ahora bien, la cuestión de la incapacidad y capacidad jurídica no finaliza en el ámbito del discurso jurídico, sino que extiende sus alcances al punto de favorecer un determinado modo de producción de subjetividad. Es común observar en este territorio –mucho más que en el de la niñez vulnerada en sus derechos-, una posición pasiva, como si el sujeto en situación de discapacidad mental debiera mantenerse al margen de gran parte de lo que acontece. No sólo de las decisiones que conciernen directamente a su propia vida, sino también de la participación de toda una serie de actos vinculados a su vida social. “Una suerte de interdicción, no judicial, sino social, avalada por la palabra médica”, al decir de Vallejos (2009b, p. 203).

Un episodio vivenciado en el ámbito del Centro de Día visitado da cuenta de ello. Conciernen a una concurrente de alrededor de 40 años, portadora del síndrome de Down, que cuenta con lecto-escritura. Suele realizar todo tipo de actividades labores y tareas en los distintos talleres en los que participa, lo cual da cuenta de su gran capacidad de desenvolvimiento. Llega al establecimiento en una oportunidad con un suéter puesto al revés. Sin darle mayor trascendencia al asunto, uno de los profesionales le marca este hecho y le sugiere que se lo saque para volver a colocárselo adecuadamente. Sin embargo, ante una situación tan cotidiana como ésta, la concurrente se negaba a cambiárselo, dando como todo argumento una única afirmación: “No está mal puesto, está bien”. Luego de un breve diálogo en que ni el profesional ni la concurrente cambiaban de parecer, esta última agregó un dato más que contribuyó a comprender la negativa que sostenía: “¿Cómo va a estar mal puesto el suéter si me lo puso mi mamá?”.

Situaciones como éstas abundan en este tipo de espacios. Este episodio constituye sólo un mero ejemplo de la forma en que algunos sujetos en situación de discapacidad delegan toda una serie de actividades cotidianas en otros, quienes así se instituyen subjetivamente en otro que, a diferencia de ellos mismos, no pueden equivocarse. La producción de subjetividad en situación de discapacidad mental, infantilizada al decir de Guattari & Rolnik (2013), no es capaz de poner en cuestión la más evidente equivocación si proviene de individuos que ocupan lugares que en dicho territorio, ostentan una posición de saber-poder legitimada por distintas razones.

En consecuencia, la cuestión de la capacidad jurídica, de la habilitación legal para la toma de decisiones, de la promoción de los sistemas de apoyo necesarios para cada situación, del sostenimiento de la dignidad del riesgo de equivocarse, constituyen un aspecto esencial en la especificidad del territorio de la discapacidad mental. Remiten directamente al modo en que alguien se posiciona subjetivamente en relación a sus propias posibilidades de autonomía.

De otra manera, se produce a nivel social aquello que Castel describe como “un estatuto especial que les permite coexistir en la comunidad, pero que los priva de ciertos derechos y de la participación en determinadas actividades sociales” (2004, p. 66). Es decir, un posicionamiento subjetivo nada favorable a todo proceso de inclusión, en tanto las tácticas pertenecientes a dicha estrategia se vivenciarían como el forzamiento a ocupar un lugar social que no se puede considerar propio por no estar reterritorializado como tal.

En este sentido, la cuestión de la inclusión del sector poblacional de los sujetos en situación de discapacidad mental deviene otro asunto fundamental que debe ser desplegado, en tanto hace a la especificidad de este territorio.

4.4. La biopolítica de la inclusión en torno a la discapacidad mental

La cuestión de la inclusión se hace presente en diversas dimensiones (educación, trabajo, salud, circulación social, participación ciudadana, etc.), presentes en la vida de individuos pertenecientes a sectores poblacionales con dificultades para transitar por lo social de manera similar a la del resto de la población, intentando generar condiciones de ciudadanía que respeten los derechos humanos.

Esta categoría se encuentra presente en toda una amplia gama de ámbitos de intervención estatal (marginalidad, pobreza, trabajo, salud, educación, discapacidad, etc.), habiéndose extendido de manera sospechosamente veloz como estrategia principal para intentar producir efectos de mayor equidad en cada uno de esos territorios. Se trata entonces de una línea directriz presente en numerosas políticas públicas, que luce intenciones tan nobles que no puede más que verse legitimada socialmente en función de su mera enunciación. Ni bien son enunciadas en la modalidad de nominación que recibe alguna estrategia pública o privada, parecería que no hay duda de las intenciones éticas de esa política social en cuestión.

En lo que respecta específicamente al territorio de la discapacidad mental –aunque acorde a lo que acontece en otras problemáticas diferentes-, existe toda una multiplicidad de estrategias políticas y terapéuticas, como así también una amplia diversidad de instancias y ámbitos públicos y privados, que se vieron en la necesidad de modificar la diagramación sus estrategias de trabajo en función del denominado modelo de la inclusión, tanto a nivel internacional como nacional.

Conviene en primer lugar establecer un recorrido histórico puntual del modo en que queda plasmado este viraje en la materialidad discursiva de los discursos médico, psi y jurídico. Se observa de este modo que la primera categoría que comienza a impregnar las estrategias de abordaje en relación a la problemática de la discapacidad no es la de inclusión sino la de integración.

Es así que la cuestión de la “integración social”, puede ser encontrada en las leyes más amplias y generales de protección de derechos, de servicios y de prestaciones. Las primeras menciones de esta categoría remiten a la década de 1970, en la aceptación de la palabra “discapacitado” por parte de la Academia Argentina de Letras, justificada por la elección de los profesionales de la salud del Servicio Nacional de Rehabilitación. El discurso médico y el discurso psi se articulan al discurso jurídico y unos años más tarde, en la ley impulsada por el FLJ en 1974, vuelve a retomarse la categoría, esta vez mencionada exclusivamente en relación a lo laboral.

Ya en la legislación de 1981 promulgada en la última dictadura –y una vez derogada la de 1974- vuelve a hacerse referencia a la integración, pero en esta oportunidad se habla ya en el segundo artículo de “integración familiar, social, educacional o laboral”.

En las últimas tres décadas del siglo XX y comienzos del siglo XXI, comienza a aparecer y a priorizarse la categoría de inclusión, de manera explícita, hallándose presente en un número cada vez mayor de leyes y políticas públicas.

Y en la última década del siglo XX (Dabin, 2012) adquiere una notable preponderancia en el ámbito concerniente al Sistema Educativo. Surge primero en documentos ministeriales, en trabajos académicos, en estrategias pedagógicas, etc., hasta que, en 2006, con la Ley Nacional de Educación N° 26.206, se hace presente también en una legislación nacional. Se sostiene a partir de ella que “se debe garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales y de estrategias pedagógicas y de asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores que más lo necesitan” (Ministerio de Educación de la Nación, 2009, p. 15). De este modo, se perfila una definición oficial para la categoría inclusión, cuando se refiere específicamente al ámbito de la educación:

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define la inclusión como “una estrategia dinámica para responder en forma proactiva a la diversidad de los estudiantes y concebir las diferencias individuales no como problema sino como oportunidades para enriquecer el aprendizaje”. Las diferencias en educación son lo común y no la excepción, y la inclusión consiste precisamente en transformar los sistemas educativos y otros entornos de aprendizaje para responder a las diferentes necesidades de los estudiantes (Ministerio de Educación de la Nación, 2009, p. 18).

Por otro lado, es posible encontrar en un recorrido por las políticas públicas, instancias abocadas a la problemática de la discapacidad que presentan el mismo rasgo: cada una de ellas parece compelida a plantear la cuestión de la inclusión en el ámbito que le concierne.

Para comenzar, los dos principales organismos estatales dedicados al abordaje de la discapacidad en la ciudad de Rosario, son uno provincial y el otro municipal, como se ha mencionado ya. El provincial lleva por nombre “Subsecretaría de Inclusión para las personas con discapacidad”, mientras que el otro es la “Dirección Municipal para la Inclusión de las Personas con Discapacidad”.

Por su parte, en el sitio web del Ministerio de Salud de la Provincia –instancia de la cual depende en el organigrama estatal la mencionada Subsecretaría-, se especifica que allí, en dicho Ministerio, se “desarrolla un menú de políticas inclusivas” para abordar el problema de la discapacidad.

En cuanto a la cuestión arquitectónica y las políticas edilicias, puede mencionarse un Manual de la Dirección General de Obras Particulares de la Municipalidad de Rosario. El “Manual de accesibilidad: Pautas y exigencias para un proyecto arquitectónico de inclusión”, tal como es su nominación completa, es una propuesta de dicha Municipalidad que debe ser contemplada y respetada por proyectistas de espacios, diseñadores de edificios, gestores del hábitat y usuarios en general, tanto de emprendimiento públicos como privados, para avanzar en la construcción edilicia destinada a alguna función social (DGOP, 2005).

Por su parte, la Universidad Nacional de Rosario también posee su propia iniciativa de esta naturaleza. Desde el año 2007, se lleva adelante el “Área de Integración e Inclusión de Personas con Discapacidad”, el cual intenta “promover, gestionar y facilitar el ingreso y permanencia de las personas con discapacidad en el ámbito de la Universidad” (UNR, s.f.), a través de toda una serie de actividades puntuales en las diferentes Facultades de la misma, como así también Escuelas Medias que dependen de la mencionada Casa de Altos Estudios, como es por ejemplo, el Instituto Politécnico Superior (IPS, s.f.). La Facultad de Derecho, por otro lado, dispone de un servicio de asesoramiento legal para este tipo de problemáticas.

En la otra Universidad pública presente en la ciudad -la Universidad Tecnológica Nacional-, se lleva adelante un emprendimiento privado denominado Centro de Desarrollo e Investigación en Tecnologías Especiales (CeDITE) desde hace 25 años. De manera gratuita pone al servicio de las necesidades de cada individuo que llega al Centro, los recursos tecnológicos de la Universidad, promoviendo técnicas y programas personalizados para los problemas de las diferentes discapacidades.

Por último, pueden ser ubicados también algunos emprendimientos que se ubican en el límite entre lo público y lo privado, de los cuales se mencionan dos. El primero de ellos es el caso de una “Diplomatura en Gestión y Política en Discapacidad”, instancia académica de formación conformada en una Universidad privada, pero cuyo cuerpo docente es el mismo personal que trabaja en la Subsecretaría de Inclusión, en la esfera de la Provincia, mencionada más arriba. Para explicitar su lineamiento principal, refieren en el sitio web que uno de sus objetivos principales es “propiciar nuevos enfoques inclusivos que, partiendo de la rehabilitación, faciliten el acceso a la educación, el trabajo y el deporte como ejes fundamentales de la integración social” (IUGR, s.f.). El segundo ejemplo de propuestas que articulan lo público y lo privado que se toma, remite a un emprendimiento denominado Club de Empresas Comprometidas con la Empleabilidad de las Personas con Discapacidad (CEC Rosario), cuya “misión es consolidar una red formal de empleadores que sea promotora de oportunidades de empleo para las personas con discapacidad, mejorando la empleabilidad,

facilitando su contratación e inserción laboral”. Este Club de Empresas es de carácter nacional (tiene llegada a distintos puntos del país), y cuenta además con convenios celebrados con el gobierno de la provincia de Santa Fe, y presencia en la ciudad de Rosario.

En este recorrido puede observarse que la gran mayoría de las políticas públicas presentes en la ciudad de Rosario referidas a la problemática de la discapacidad –en concordancia con una línea que de todos modos excede el ámbito de nuestra ciudad- puede encontrarse a cada instante la proclama de la inclusión, casi a la manera de un ensalmo mágico.

Pero, además, es importante resaltar que más allá de las diferencias entre cada una de las políticas mencionadas, e independientemente del ámbito desde donde se piensen (sea la Municipalidad, la Provincia, la Universidad, emprendimientos privados, o zonas intermedias entre lo público y lo privado), estas propuestas evidencian una posición específica. Exigen el requerimiento de políticas públicas elaboradas por el Estado, o bien de iniciativas particulares llevadas adelante en razón de una formación específica por parte de quienes se encontrarían en posición de realizar alguna acción inclusiva. Es decir, las estrategias de inclusión parecen requerir en la gran mayoría de los casos, de profesionales formados en la temática, funcionarios públicos comprometidos con eliminar las formas de exclusión presentes en la sociedad, o emprendedores privados que eligieron dejar de eludir las desventajas laborales de la población de los sujetos en situación de discapacidad, en pos de un intento piadoso de equiparación de oportunidades.

Ahora bien, es posible también contar con algunos datos y referencias respecto del modo en que estas políticas públicas, legislaciones y organismos inciden en las distintas dimensiones de la vida de los individuos.

La estrategia de inclusión debería ir ingresando en cada una de ellas, promoviendo tácticas novedosas o soluciones fácticas, pero los estudios, análisis y relevamientos realizados muestran otra cosa.

En primer lugar, puede mencionarse respecto de ello la cuestión del trabajo. Es un asunto que se presenta tan importante como complejo en el territorio de la discapacidad mental.

Ya se ha mencionado que la obligatoriedad del cupo laboral del 4% reservado para sujetos en situación de discapacidad no se cumplió nunca (SGP, 2010). De hecho, se ha llegado a recurrir a la Justicia para el ingreso por esta vía, tal como lo atestigua el caso de Luciano Toledo, quien el 26 de abril de 2007 gana un juicio en Santa Fe, obligando al Poder Ejecutivo provincial a contratarlo, en virtud de la normativa legal que lo avala.

Pero también se observa que las estrategias implementadas por las políticas públicas actuales no logran realizar aportes en este ámbito.

No obstante las disposiciones legislativas y reglamentarias del ámbito laboral, la discriminación opera contra las personas con discapacidad en virtud de los múltiples obstáculos que impiden su inserción y la falta de una política dirigida efectivamente a lograr tal objetivo (CELS, 2004, p.18).

La tan mentada inclusión laboral no logra establecerse a partir de los Centros de Formación Laboral y de los Talleres Protegidos, ni a partir de éstos en articulación con otros sectores –privados o públicos- que inserten a dichos actores sociales.

En lo que respecta a su funcionamiento interno, el Estado propone un sistema de incentivos económicos que debe compensar y equilibrar la producción de este tipo de espacios. Este mecanismo compensatorio no pasa más allá de las becas que remuneran mínimamente las actividades labores ejercidas (CELS, 2004). En virtud del mayor tiempo de aprendizaje de las tareas, la mayor cantidad de profesionales supervisando y la mayor cantidad de operarios para alcanzar la productividad pretendida, estos espacios no cuentan con la posibilidad de competir -de acuerdo a las reglas del mercado- con otro espacio que no contemple una función social sino solamente una pretensión de rentabilidad económica.

A su vez, los circuitos programados para producir desde ellos una inserción laboral y social, no logran el egreso de quienes comienzan su formación, manteniéndose insertados

en ámbitos que simulan una situación laboral, pero que se sostienen por los aportes de obras sociales, becas, donaciones, dádivas, etc.

Es por ello que asociaciones civiles conformadas en parte por sujetos en situación de discapacidad, sostienen que los Talleres Protegidos son fundamentalmente sistemas de trabajo segregado sobre la base del modelo biomédico sobreprotector. Se complica su funcionamiento además por las limitaciones importantes que presentan (bajos salarios, carencia de beneficios sociales, falta de prioridad por parte del Estado en casos de licitaciones para comprar los productos que fabricaban los Talleres, etc.). (CEPAL, 2013).

Otra de estas dimensiones, es la actividad física y los deportes. Distintas organizaciones internacionales -tales como OMS (2010b), UNICEF (2006) o las Federaciones de Deporte Adaptado- sostienen que el deporte es uno de los principales elementos que propicia la inclusión de las personas con discapacidad. “Discapacidad y deporte son dos palabras que habitualmente aparecen asociadas en forma directa a la noción de inclusión” (Ferrante, 2012, p. 64). Esta apuesta en relación al deporte remite al inicialmente denominado deporte adaptado, surgido en 1944 en el ámbito de trabajo del Dr. Ludwig Guttmann, el Centro de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, en Reino Unido. Este profesional observa los efectos positivos que otorga el deporte a la autoestima de un grupo de veteranos que, de manera espontánea, habían comenzado a jugar al básquet en las sillas de ruedas en las que se movilizan, como modo de recreación en el período de tiempo que dura su hospitalización. El médico alemán nota a partir de ello, que el deporte se presenta como una incipiente solución para abordar uno de los principales problemas asociados a la adquisición de una discapacidad en el curso de la vida: el del *aislamiento social* (Hanna & Rogovsky, 2008). Un segundo paso se logra cuando se puede establecer una diferenciación en relación a la competitividad. El mencionado profesional nota que cuando el juego era competitivo, promueve efectos todavía más favorecedores, por lo que el mismo Guttmann impulsa la creación de los *Juegos para Paraplégicos de Stoke Mandeville*, base de lo que luego serían los actuales Juegos Paralímpicos (Ferrante, 2012).

En la ciudad de Rosario, esta estrategia continúa justificando la existencia de una oferta deportiva para sujetos en situación de discapacidad tendiente a la producción de lazos sociales (Rocha, 2012), aunque la mayoría de las veces se presenta una vez más bajo una modalidad específica. Las colonias de verano desarrolladas en clubes de barrio llevadas adelante por algunos de los establecimientos visitados, presentan estas características. Días y horarios fijos, profesores especializados, hasta sectores de la pileta y de las instalaciones del club reservados para su uso, de manera exclusiva.

Una tercera dimensión –anterior en el tiempo a la del trabajo, el deporte y la salud- es la de la escolarización. Los circuitos contruidos de manera específica para los irreductibles del sistema educativo, diferenciados de la escolaridad común, se ven cuestionados a partir de la profundización del modelo de la inclusión.

Esta postura se propone dos objetivos prioritarios: en primer lugar, incluir a quienes hasta este momento quedan por fuera del tránsito escolar; y en segundo, promover acciones que contemplen la eventual eliminación de dichos circuitos específicos, buscando que todo establecimiento educativo sea inclusivo.

A su vez, esto se encuentra promovido por algunos antecedentes jurídicos a considerar. El primero de ellos remite a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que sostiene en 1948 que “todos tienen derecho a la educación”. A ello le sigue la Convención relativa a la Lucha Contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza, de 1960. En ella se prohíbe “excluir a una persona o a un grupo del acceso a los diversos grados y tipos de enseñanza; (...) instituir o mantener sistemas o establecimientos de enseñanza separados para personas o grupos”. Por último, en esta línea puede mencionarse la Convención de los Derechos del Niño, de 1989, en tanto garantiza el derecho de todo niño y niña a recibir educación sin discriminación de cualquier tipo. Es debido a ello que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad no refiere a la educación especial, sino que habla sólo de educación inclusiva, en tanto se propone “impulsar, en materia de educación -entre otras-, políticas públicas no segregatorias, que afiancen contenidos no discriminatorios” (REDI, 2013b, p. 1).

Además, la cuestión de la inclusión en el ámbito de la Institución Educación se presenta sin lugar a dudas a la manera de un legado del Informe Warnock y de su incipiente transformación acontecida a partir del planteamiento de las necesidades educativas especiales. “Aunque es posible que una visión esencialista de las necesidades educativas especiales vaya cobrando auge de nuevo en el discurso oficial, esto no significa que se deba renunciar a todos los esfuerzos por formular teorías y programas de cambios alternativos” (Riddel, 1998, p. 120). El proceso de transformación comenzado en la década de 1970 en diversos países, en la década 1980 en algunos de Latinoamérica y en la década de 1990 en Argentina (Dabin, 2012), comienza a proponer que la educación especial puede desplegarse tanto en un establecimiento especializado como en la Escuela Común (De la Vega, 2010). “La educación inclusiva constituye una herramienta primordial para fomentar los cambios culturales y la transmisión de valores, como el de la diversidad, tanto en el sistema educativo como en la comunidad en general” (INADI, 2012, p. 11). Este proceso se presenta en relación a los programas elaborados por la ONU referidos a la equiparación de oportunidades para los sujetos en situación de discapacidad, en distintos ámbitos sociales.

Cabe destacar que esta idea de la inclusión no es una propuesta completamente novedosa y original, en tanto ya en el siglo XVII, Comenius (quien es considerado el padre de la pedagogía moderna) expresa en su obra *Didáctica Magna* una postura contundente:

1º Nosotros pretendemos la educación general de todos los que han nacido hombres para todo lo que es humano. Por lo tanto deben ser dirigidos simultáneamente hasta donde puedan serlo para que todos se estimulen y animen mutuamente.

2º Queremos educar a todos en todas las virtudes, incluso la modestia, concordia y cortesía mutuas. Luego no deben ser separados tan pronto ni dar ocasión a nadie para estimar a unos y menospreciar a otros. (Comenius, 1998, p. 115).

A su vez, históricamente, la educación pública argentina ha sido inclusiva, si se contempla que “los procesos educativos han estado dirigidos a niñas, niños y jóvenes de diferentes estratos sociales, a estudiantes de distintas religiones, a educandos de diversas etnias” (REDI, 2013b, p. 1). Sin embargo, también la historia muestra que cuando se trata específicamente de la problemática que generan los estudiantes que no pueden responder al nivel de participación y circulación de la disciplina escolar, especialmente en cuanto a su respuesta pedagógica en los dispositivos de examen que dan cuenta del aprendizaje, la cuestión se complejiza.

De cualquier manera, este posicionamiento orientado a la inclusión se retoma entonces a fines del siglo XX, ahora desde un suelo socio histórico político completamente diferente al que habilita a Comenius a plantear su formulación. “Ésta [la inclusión] plantea el levantamiento de todo tipo de barreras, arquitectónicas y sociales, que enfrentan las personas con diferentes discapacidades y la concientización de todos los ciudadanos para desnaturalizar la exclusión de cualquiera de sus miembros con discapacidad” (Aznar & González Castañón, 2008, p. 64).

Con la priorización de la categoría de inclusión por sobre la de integración, comienza a establecerse desde la Institución Educación una creciente diferenciación entre ambas nociones, proveniente del trabajo académico de profesionales vinculados al ámbito de la docencia, en general procedentes de algunos países de Latinoamérica y de España. De acuerdo a los diferentes lineamientos actuales, ambas categorías pueden mostrarse bajo cuatro formas de relación:

- como *sinónimas*, funcionando de manera solidaria entre sí. En general se las utiliza de este modo cuando se hace referencia a políticas sociales más bien amplias, en las que ambas categorías se orientan a los mismos objetivos, siendo utilizadas de manera indistinta o alternada;
- como *complementarias*, implicando diferentes aspectos a considerar en cada una de ellas que deben igualmente ser tenidos en consideración. La integración se muestra así como una estrategia que promueve la inclusión;

- como *sucesivas*, en donde la integración se muestra como un paso previo a la inclusión, y que debe ser superado por limitarse solamente a defender el derecho a transitar por los mismos circuitos sociales, pero sin modificar el entorno, por lo que su alcance sería limitado; y
- como *opuestas*, en la que el proceso de integración sólo puede llevar a una adaptación de tintes normalizadores a quien se ve atravesado por dicha estrategia, estableciendo una nueva diferenciación, ahora al interior del ámbito educativo: la de los sujetos integrados, diferenciados del resto en el modo de transitar la escolaridad. Por lo tanto, debe ser reemplazada por la opción de inclusión.

Ahora bien, la postura presente en la legislación argentina se presenta como una suerte de fusión entre varias de estas posibilidades.

Por un lado, se reconoce que “en el proceso de integración, el Sistema permanece más o menos intacto, mientras que los estudiantes tienen la tarea de adaptarse con el acompañamiento de quienes los asisten y/o los educan” (Ministerio de Educación de la Nación, 2009, p. 20).

Sin embargo, también se hace referencia a que la “integración ha sido clave, (...) se ha resaltado su dimensión ética en relación con el derecho de los estudiantes a ser admitidos, a estar en los mismos espacios o a que todas y todos disfruten de los mismos servicios”. Se defiende así una postura que remite a que el proceso de integración se presenta como un paso previo y necesario hacia una escuela inclusiva, en tanto se evidencia favorecedor en tanto ha permitido el ingreso de estudiantes a la Escuela Común, cuestión que antes se encontraba vedada (Parrilla, 2006). Se trata entonces de un proceso que se orienta a la implementación de una educación inclusiva, en la que al decir de Rosano (2007), todos los individuos se verán transformados para su inclusión.

Pero finalmente se sostiene también una tercera posición: la de la complementariedad:

Inclusión e integración deben vincularse y repensarse en las prácticas. Entonces, la inclusión es principio, proceso, acción social, colectiva, que resulta de una construcción simbólica de los grupos humanos, de las comunidades educativas, contribuyendo a mejorar las condiciones de los entornos para acoger a todos. Proponemos pensar la integración como “un medio estratégico-metodológico”. La integración es una estrategia educativa que hace posible la inclusión de muchos sujetos con discapacidad en la escuela común (Ministerio de Educación de la Nación, 2009, p. 20).

Se evidencia así una suerte de convivencia en la misma legislación nacional de tres posiciones, que suelen encontrarse funcionando de manera excluyente entre sí: la de la complementariedad, la de la sucesión y la de la oposición.

En lo que refiere a las estadísticas, puede mencionarse que, según un estudio realizado por la ONU en 2006, sostiene que solamente se encuentra escolarizados entre un 1% y un 5% de niños en situación de discapacidad en los países en desarrollo (ONU, 2007, p. 6). Por su parte, otro informe de la UNESCO realizado tres años más tarde, señala que en América Latina sólo asisten a la escuela “entre el 20% y el 30% de niños y niñas con discapacidad” (CLADE, 2009, p. 4).

Un relevamiento del Instituto Nacional contra la Discriminación, Racismo y Xenofobia, muestra que el número de estudiantes inscriptos en Escuelas Especiales no dejó de incrementarse en los 6 años que tenía de promulgada la Ley Nacional de Educación al momento en que éste se realiza. De 121.858 estudiantes que cursaban en Escuelas Especiales en 2004, se llegan a más de 127.500 en 2010. “Continúan presentes barreras físicas, culturales y actitudinales que impiden la efectiva inclusión de los/as niños/as con discapacidad en las escuelas ‘comunes’” (INADI, 2012, p. 24) (las comillas son del documento).

Respecto de las experiencias de trabajo en dicho ámbito, cabe destacar una en particular, ya mencionada, que pertenece a un equipo contratado por el Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe. Este equipo estudia durante los años 2009 y 2010 la

relación entre la modalidad educativa común y la especial y los criterios de admisión, permanencia y egreso en una y en otra. Su relevamiento advierte “la existencia de una franja de niños-as que pudiendo participar de la escolaridad común se encuentran entre la población de la escuela especial y muchos de ésta en centros educativos terapéuticos que la sustituyen” (Belgich et al., 2010, p. 1). En sentido, Belgich sostiene que tanto en educación especial como en integración escolar “a principios de los años 90 la integración era algo muy difícil. Y hoy continúa siendo muy difícil” (Belgich, 2007, p. 29).

Por su parte, De la Vega sostiene respecto de la diversidad, la integración y la inclusión en lo escolar, que “parece evidente –como lo demuestran varias investigaciones y las mismas estadísticas oficiales- que se trata más de una transformación más discursiva que real” (De la Vega, 2010, p. 215). Entre 1997 y 2005 se da un crecimiento del 110% en la matrícula de integración, lo cual permite suponer un avance en materia de integración de sujetos con discapacidad en el ámbito de la escolaridad común. Sin embargo, lejos de reducirse el porcentaje de estudiantes inscriptos en Escuelas Especiales, la matrícula de éstas se incrementó a su vez casi un 20%. Sorpresivamente, ambas matrículas se incrementan de forma simultánea (De la Vega, 2004, 2009 y 2010). Estos estudios llevados adelante en esta región muestran que la Educación Especial del siglo XXI, no presenta una tendencia hacia su establecimiento como recurso adicional o complementario del Sistema Educativo Común, sino que tal como se denuncia ya en 1978 en Inglaterra, se la puede ver como un recurso alternativo y separado (Warnock, 1979), reforzándose en el transcurso del tiempo, aumentando considerablemente su población, y generalizándose como sistema paralelo (De la Vega, 2010).

Sintetizando, “la voluntad integradora que enuncia la escuela no coincide con la realidad” (De la Vega, 2009, p. 34).

Personal perteneciente a la Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad, manifiesta en distintas entrevistas que la propuesta de inclusión se ve permanentemente obstaculizada en casi todas las escuelas por todo tipo de complicaciones: en lo presupuestario para reformas edilicias, en cuanto a la capacitación docente para la atención a la diversidad, en relación al trabajo en conjunto con la Subsecretaría de Inclusión para un adecuado análisis de cada caso, etc. “Los padres van de la Subsecretaría a las escuelas con la idea de que los tienen que recibir sí o sí, y vuelven a la Subsecretaría con negativas de todos lados por falta de posibilidades concretas para recibirlos”, manifiesta una profesional perteneciente a una de las Juntas Evaluadoras de la ciudad. Los reclamos manifestados por padres de niños y niñas que no son recibidos en las escuelas que ellos eligieron, remiten entonces a “falta de capacitación del personal docente y no docente”, “falta de accesibilidad edilicia”, o incluso “falta de cupo en integración”, en los casos en los que ya se cuenta con un niño en dicha situación. La sensación a la que se hace referencia es la de que parece que cada escuela decide arbitrariamente si integra a un niño en situación de discapacidad o no. Y si tal acción se realiza, es luego de una sanción del Ministerio de Educación o de Salud, o por una decisión unilateral de la Dirección del establecimiento, comprometida por iniciativa propia a sostener las políticas de inclusión.

Por lo tanto, no se trata tanto de una cuestión ideológica de los docentes, discriminatoria de los directivos, o deliberada de quienes se encuentran en posición de tomar decisiones, como de una imposibilidad real para un tránsito posible y digno por este tipo de establecimientos educativos.

Es tal vez en razón de ello que Skliar afirma que “lo que hay que imaginar no es simplemente la entrada de esta población para mejorar los porcentajes, sino que lo que hay que pensar es la finalidad del proceso” (2010, p. 158). En otras palabras, la palabra inclusión se halla presente en todos lados; mas los mecanismos puntuales para viabilizarla en casi ninguno.

En el mejor de los casos, en los establecimientos donde se imparte instrucción pública no se ponen en marcha criterios que propicien la “integración caso por caso”, de modo que la mera inclusión en el establecimiento de una persona con discapacidad depende de la mayor o menor voluntad integradora de los directivos o docentes que se desempeñen en la institución,

quienes no están capacitados especialmente para el desarrollo de una actividad realmente integradora, ni cuentan con los elementos didácticos o métodos pedagógicos que la permitan (CELS, 2004, p. 17) (las comillas son del documento).

Una situación de estas refiere una docente de la ciudad autónoma de Buenos Aires, miembro de la Liga Federal por la Unión de Personas con Discapacidad, quien en una carta abierta manifiesta:

Eventos deportivos, culturales y recreativos en la ciudad de Buenos Aires (...) se han desarrollado desde muchos años antes (...). Eran participativamente heterogéneos y naturalmente inclusivos, al igual que nuestras escuelas. Y no por eso alguien las hubiera llamado inclusivas. Ahora nuestro Gobierno actual en la Ciudad de Buenos Aires, denomina inclusivo a cualquier evento que realice. Denomina inclusiva a cualquier actividad masiva, a cualquier actividad comunitaria que organice, sólo por la diversidad de sus participantes. Esa diversidad es histórica, pues es humanamente diversa nuestra estructura social. De esa manera la Ciudad se acomoda "sin acomodarse" a las nuevas exigencias de la Convención y del nuevo paradigma de la inclusión, sin hacer nada para ello.

Como docente me entero día a día que mi patio ahora es inclusivo y antes no lo era. Por lo que yo recuerdo mi patio es igual ahora que hace 20 años. En mi patio no se eliminaron las barreras arquitectónicas, mi currícula no ha sido debatida ni modificada, los elementos didácticos son los mismos, y las escuelas especiales y de recuperación siguen siendo la primera opción para nuestros alumnos con necesidades educativas especiales (Rodríguez, 2013).

De este modo, "integración, inclusión, diversidad, son significaciones que circulan en el imaginario educativo" (De la Vega, 2010, p. 209), aunque diversas investigaciones muestran que se trata más de una transformación producida en los términos teóricos que se utilizan que en los efectos visibles del ámbito educativo.

En otras palabras, se trabaja como si la proclama de la inclusión fuese suficiente para garantizar las estrategias de inclusión, y que llevarían de hecho a una transformación del espacio habitado y de los sujetos que en él circulan. Skliar, en relación a ello, señala que

se ha subrayado imperiosamente la afirmación que "hay que estar todos juntos", pero al mismo tiempo la pregunta del "para qué y cómo del estar juntos" quedó relegado a un segundo plano o, directamente, no ha sido motivo de debate y profundización (Skliar, 2010, p. 156) (las comillas son del autor).

A su vez, a todo ello se le suma una nueva problemática, que refiere a un doble desplazamiento producido en ambas modalidades escolares: la común y la especial. El primer desplazamiento se ve a nivel pedagógico: mientras que la Escuela Común intenta devenir inclusiva al comenzar a ensayar transformaciones que le permitan a niños en situación de discapacidad transitar por ella, la Escuela Especial "terminó incorporando a los que fracasaban (sin discapacidad) en la escuela común" (De la Vega, 2009, p. 23). El segundo desplazamiento se produce a nivel socio-económico: la Escuela Especial comienza también a incorporar niños que se encuentran en condiciones de extrema marginalidad social, en situaciones de pobreza de tal magnitud que el tránsito por la escolaridad común deviene inaccesible, previa obtención del certificado de discapacidad. "Se están dando certificados de discapacidad por pobreza y no por retraso mental" (comunicación personal de integrante de las Juntas Evaluadoras).

En esta línea, la Red de los Derechos de las Personas con Discapacidad denuncian en uno de sus documentos que "el fracaso escolar no se da exclusivamente entre las personas con discapacidad; hay un denominador común que lleva a integrantes de los sectores más marginados y empobrecidos a un estado de exclusión social si no se les igualan las oportunidades" (REDI, 2013b, p. 2).

Ahora bien, se observa que la conformación de este estado de la situación en lo que respecta a las políticas de inclusión, exigen una transformación en relación al modo en que se configura la objetivación de la discapacidad mental.

El anudamiento entre el discurso médico y el jurídico como condición de posibilidad para una construcción discursiva que objetive la discapacidad como una problemática que contiene también aspectos sociales, obliga a una reconfiguración de las heterotopías que se ocupan de su abordaje. Por ejemplo, la marginalidad geográfica, el aislamiento social, la exclusividad de los circuitos específicos, la homologación de la deficiencia y el impedimento, etc., comienzan a verse cuestionados.

La discapacidad mental se articula entonces a una transformación significativa en cuanto a los rasgos característicos de su territorialidad, modificación que habilita a su vez a un replanteo ético, moral, político, epistemológico, metodológico, teórico, arquitectónico y terapéutico.

Sin embargo, a pesar de este panorama tan promisorio, Skliar advierte que

el origen de la palabra inclusión está en la raíz latina de la expresión *includere*, es decir, enclaustrar, cerrar por dentro, encerrar algo que no estaba en un determinado lugar, hacer que algo que no pertenecía a un espacio se vuelva interior a ese espacio (Skliar, 2010, p. 157).

Este modelo político, tanto como la estrategia que le es concomitante, se viene llevando a cabo desde hace alrededor de cuatro décadas bajo la forma de políticas públicas que contemplan cada vez más dimensiones de la población, primero bajo la proclama de la integración y luego bajo la de la inclusión. Sin embargo, aún no ha logrado encontrar los resultados que se propone.

Por el contrario, lo que se observa es que paradójicamente se da no una inclusión en el sentido estricto del término, sino la construcción de nuevos espacios marginales, o bien la legitimación de circuitos exclusivos ya existentes. De cualquier manera, ambas opciones se caracterizan por poseer siempre el carácter de diferenciados, exclusivos y alternativos, contruidos específicamente para sujetos en situación de discapacidad.

Al decir de De la Vega, “a pesar de las proclamas inclusivas, se ampliaron [los] contornos imprecisos y se reformularon las estrategias de segregación” (De la Vega, 2009, p. 210).

En consecuencia, puede hablarse de “nuevos eufemismos que se utilizan para diseñar los actuales circuitos de la segregación” (De la Vega, 2009, p. 23), entre ellos, los conceptos de “diversidad”, “inclusión”, “integración”, etc. Una lectura polémica que ubica críticamente a la estrategia de la inclusión como un nuevo modo de legitimar el sostenimiento de circuitos exclusivos y excluyentes.

Puede afirmarse en este sentido que existe una suerte de “inclusión excluyente” (Almeida, Angelino, Priolo & Sánchez, 2009; Vallejos, 2009a). Mecanismos que pueden observar en diversas instancias de lo social, y en especial en las heterotopías destinadas al abordaje de la problemática de la discapacidad mental, caracterizadas por “formas de inclusión que marcan una vez más la sensación de estar dentro, pero diferenciada de los otros no discapacitados. (...) Políticas públicas para los discapacitados diferenciadamente de las demás acciones del Estado” (Almeida et. al., 2009, p. 59).

En este punto adquiere preponderancia el cuestionamiento del hecho de que las estrategias de inclusión sean elaboradas casi siempre –excepto en escasísimas oportunidades– desde ámbitos gobernados por profesionales o funcionarios políticos, y no por los propios sujetos en situación de discapacidad.

Esta distribución social y política de las redes del poder en la actual situación de discapacidad, mantiene invariable la asimetría entre algunos que de este modo se ven legitimados para hablar y otros cuya voz permanece restringida a circular bajo el estatuto de la anécdota individual, la referencia valiosa, emocionante, sensibilizadora, moralizante, pero obligatoriamente biográfica y personal (Contino, 2013b). Asimetría que se observa en este caso de elaboración de las políticas de inclusión, pero también en cualquier otro ámbito de políticas públicas destinadas a la problemática de la discapacidad. Y cualquiera de esos ejemplos siempre encierra un mismo y único punto de procedencia: la construcción política de la categoría de la normalidad, que conlleva la objetivación de un individuo sano y adulto,

completo, sin fallas, que se constituye como punto de llegada ideal y que justifica una división entre lo normal, lo sano, lo esperable, y lo anormal, lo patológico, lo diferente. Clasificación que parece reactualizarse en la asimetría que se observa una y otra vez, en el fundamento de cualquier estrategia política estatal o privada orientada a la problemática de la discapacidad.

Ahora, ¿de qué manera podría legitimarse socialmente la continuidad práctica, la reformulación teórica y la proliferación táctica de todo tipo de propuestas elaboradas desde el modelo de la inclusión en el territorio de la discapacidad, cuando todo muestra que lo que genera es la consolidación de la segregación ya existente?

La tesis que aquí se sostiene es que las posibilidades que promete la estrategia de la inclusión satisfacen todos los puntos sueltos de la situación actual de la discapacidad.

En primer lugar, responsabiliza de la exclusión que este sector de la población vivencia a esa entelequia abstracta y difusa que es la sociedad. Y, por lo tanto, deja así a los funcionarios en el lugar benéfico de contrarrestar tal injusticia.

Por otro lado, plantea las propuestas políticas en términos de colectivo social, pero en la práctica se orienta a un trabajo del caso por caso, que sólo se pone en marcha si el individuo logra insertarse en los circuitos burocráticos para así hacer valer sus derechos. Se toman estadísticas para conocer la magnitud de la situación, pero las resoluciones en cada una de estas dimensiones, es prioritariamente individuo por individuo, siempre y cuando éste las pueda solicitar.

A su vez, se plantea desde la lógica de los Derechos Humanos y la propuesta política de la desmedicalización y la desinstitucionalización, pero su implementación deviene medicalizada en tanto los profesionales de la salud continúan sosteniendo un lugar preponderante en este territorio.

Es decir, las políticas públicas en relación a la inclusión de los sujetos en situación de discapacidad, prometen transformaciones a nivel social que se encuentran en gran medida imposibilitadas de concretarse, y terminan abordando meramente las dificultades, las barreras y los obstáculos concernientes a la problemática desde la cuestión individual de cada uno (a través de las denominadas políticas del individuo, tales como el otorgamiento de tratamientos individuales, facilidades de transporte cuando se lo solicita, gratuidad de servicios en los casos en que se acredite que corresponde, etc.).

Se trata de una magnífica muestra de la forma en que la biopolítica y las anátomo-políticas, a través de las políticas del individuo, se articulan justamente para incidir en la regulación de una problemática como la discapacidad, pero sin cuestionar ni afectar la modalidad de gubernamentalidad que la produce y la sostiene. En otras palabras:

Así, individuo y población se ensamblan en esas microscópicas mallas de las redes del poder mediante un despliegue de novedosas estrategias que operan con la mecánica de otras coerciones ocultas y sutiles. El control estadístico de todos los movimientos poblacionales (...) vehiculiza la regulación poblacional (Emmanuele & Cappelletti, 2001, p. 65).

Los mecanismos inherentes a la biopolítica de la inclusión respecto de los territorios de la discapacidad, esto es innegable, elaboran cada vez más recursos, tanto legislativos como de políticas públicas, tendientes a contrarrestar la exclusión, la marginación, la opresión, la discriminación que denuncia este sector de la población. Sin embargo, esos esfuerzos que casi siempre se corresponden con la mejor de las intenciones, no reflejan en las estadísticas y en el vivir cotidiano de este colectivo social, mejoras acordes a dichos intentos.

Estas tácticas y estrategias no deberían ser concebidas como formas incompletas o imperfectas de abordaje de la problemática, sino como la máxima modificación posible de ser realizada sin conmover los fundamentos político-económicos de la sociedad actual. Por lo tanto, es esperable que nunca logren los objetivos propuestos, en tanto su accionar se encuentra limitado por una imposibilidad: toda biopolítica, siempre, encuentra un límite: debe dejar intacta la estructura político-económica de la gubernamentalidad actual. Aun cuando el costo de este límite sea no modificar significativamente la situación de quienes se encuentran viviendo los obstáculos que la situación de discapacidad hoy implica.

Esta clase políticas públicas caracterizadas por implicar una acción sobre un individuo concreto, identificado por nombre y apellido, se inscriben por lo tanto en un punto intermedio entre la anátomo-política, la biopolítica y la gubernamentalidad. Se presentan con la supuesta intención de solucionar ciertas injusticias sociales, pero lo máximo que pueden lograr es la reducción de su incidencia, regulando mínimamente la circulación de tales problemas (Contino, 2013c).

Esta estrategia de inclusión –tal como se encuentra conformada en la actualidad– perpetúa el funcionamiento social y económico vigente, en tanto el hecho de interrogar a fondo la problemática abordada sería demasiado riesgoso para el sistema actual.

La estrategia de inclusión, tal como funciona en la actualidad –esto es, en tanto biopolítica al servicio de la gubernamentalidad–, está orientada a pensar propuestas que intenten abordar algo del problema de turno, siempre y cuando éstas no interroguen la dimensión institucional del ámbito en cuestión (laboral, arquitectónico, educativo, etc.). Sin embargo, no deja de buscarse que algo del asunto específico que se intenta solucionar sea relativamente abordado, ofreciendo responder así a la urgencia de todo un sector de la población que evidencia dificultades para participar de lo social del mismo modo que el resto.

De este modo, la discapacidad se muestra como una construcción que ofrece la posibilidad de concretar tímidamente ciertas modificaciones sociales, pero que de todos modos continúa siendo abordada en muchos aspectos como un problema individual, con la particularidad de que dicho abordaje sólo puede activarse burocráticamente a partir de la iniciativa del sujeto implicado.

La producción social de la discapacidad obedece así a la función estratégica de individualizar una problemática que afecta a todo un sector de la población. Esta individuación, tal como el recorrido de esta tesis lo muestra, puede pensarse también de un modo un poco más complejo, si se tienen en cuenta las dimensiones sociales que desde algunas décadas comienzan a reconocérsele. Por lo tanto, más que verla como un problema individual que le afecta aleatoriamente a un cierto porcentaje de la población y no a otro, puede comenzar a ser concebida como un *dispositivo*; esto es, como una compleja construcción compuesta de líneas de diferente naturaleza que siguen sus propias direcciones y forman procesos siempre en desequilibrio (Deleuze, 1988).

4.5. El dispositivo de discapacidad

La discapacidad mental, lejos de ser una entidad natural preexistente a los abordajes del saber de esta época, se va objetivando en el mismo movimiento mediante el cual es enunciada por los discursos médico, psi, psiquiátrico, jurídico, político, pedagógico, religioso, etc. Es ese mismo entramado discursivo el que la crea, el que le da consistencia, el que consolida el modo en que hoy es concebida. Es el que le otorga una supuesta entidad natural, el que la instituye como objeto de estudio. Y a ese entramado le es inherente una determinada distribución de las redes de poder, que instituye lugares y funciones muy específicos en todo su espacio de incidencia.

Se trata de una invención que sólo puede encontrar sus condiciones de posibilidad en la histórica dicotomía que diferencia entre normalidad y anormalidad, inherente a la sociedad disciplinaria. Una construcción discursiva que la instituye como falso objeto natural (Veyne, 1984). Pero es una invención que también ha debido mejorar, refinar y *aggiornar* sus estrategias y tácticas de acuerdo al régimen de Verdad de esta época. En una sociedad de control como es la actual, funciona un suelo histórico político en el que los mecanismos preponderantes no son ya el encierro, el aislamiento y la marginación del espacio social (como sí se sostuvieron durante un buen tramo de la Modernidad). Son, por el contrario, la inclusión y la protección de derechos de cada sector poblacional que se encuentre en una situación de vulnerabilidad, en tanto lo garantizan los Derechos Humanos.

Aquello que no se halla del lado de la normalidad, no es leído tanto como una falla que acarrea una desgracia o una tragedia, sino que se propone concebirlo como diferencia o diversidad, que en el peor de los casos conduce a la vulnerabilidad. Este estado de vulnerabilidad requiere tanto de legislaciones que protejan los derechos de los actores implicados, como de políticas públicas que aborden concretamente los aspectos necesarios de la problemática.

En una primera aproximación, puede parecer que las políticas públicas elaboradas para abordar la compleja problemática de la discapacidad mental, representan la respuesta de la gubernamentalidad respecto de la urgencia de un sector de la población que no puede transitar por lo social del mismo modo que el resto.

Sin embargo, esta respuesta que concierne a todo un sector poblacional que contabiliza un significativo porcentaje de la población total, más que de contrarrestarla, genera una situación que produce una suerte de perpetuación de la problemática de la discapacidad. Entonces, ¿en dónde radicaría la conveniencia de la perpetuación de la existencia de la discapacidad tal como es concebida actualmente?

Uno de los lugares en donde se observa esta perpetuación de la situación de discapacidad, es en la modalidad de funcionamiento que se presentan en las heterotopías de la discapacidad mental.

El modo de funcionamiento observado reactualiza el polémico análisis que hace Foucault del dispositivo penitenciario. Sostiene el filósofo francés que la prisión muestra su fracaso como medio de rehabilitación social desde un primer momento, pero de todos modos todavía continúa existiendo. En ningún momento se propone sustituirla por otra alternativa a pesar no sólo de su falta de concreción de los objetivos planteados, sino incluso de evidenciar una productividad negativa, ya que opera profesionalizando en el delito, esto es, como una fábrica de delincuentes.

Adquiere nuevamente vigencia entonces la pregunta dirigida a dicho dispositivo, pero redireccionada ahora a la problemática de la discapacidad, que hace referencia a si éste, “al fracasar aparentemente, no deja de alcanzar su objeto” (2004, p. 282).

La situación de la discapacidad mental en general, y sus modalidades de abordaje en particular, muestran un modo de funcionamiento aparentemente paradójico, pero que denota una racionalidad económico-política muy particular, una funcionalidad completamente acorde a la gubernamentalidad actual, que permite vislumbrar el éxito en sus fracasos.

Al promover la inclusión de cada individuo categorizado con discapacidad mental en un establecimiento puntual, se pone en marcha un complejo mecanismo pedagógico-terapéutico –y por lo tanto, político-, que no sólo ofrece un espacio de alojamiento, contención, tratamiento y educación para este sector poblacional. También se logra involucrar numerosos actores sociales, tanto profesionalizados como no profesionalizados. Se promueve la creación de emprendimientos de toda clase que pone en marcha toda una serie de procesos económicos que compete al Estado, a las obras sociales, a dueños de empresas, transportes privados, profesionales, personal de portería, de maestranza, etc.

Se produce entonces una suerte de solución frente a la dificultad de concebir como *contratable* a todo este sector poblacional en el sistema económico-social, pero al costo de mantenerlo como causa de contratación. Si el individuo en situación de discapacidad no puede ser sujeto consumidor, que por lo menos devenga objeto de consumo (de saberes, disciplinas, heterotopías, etc.).

Por lo tanto, al quedar como objeto de toda una serie de legislaciones, políticas públicas y mecanismos terapéuticos de abordaje, los que usualmente se definen como excluidos devienen en realidad objetos de consumo de otros trabajadores, incluso de quienes elaboran las políticas públicas.

Es por ello que es imposible encontrarse en situación de exclusión, en el sentido concreto del término; la inclusión se produce en una gran parte de esta estrategia biopolítica a través de la adjudicación del rol del enfermo para los sujetos en situación de discapacidad.

La aplicación del rol del enfermo a las personas con discapacidad desvaloriza su aporte al debate político al sugerir la impresión equivocada de que, al estar enfermos, no pueden

hablar por sí mismos o no tienen nada que valga la pena decir (...). El resultado es que los ciudadanos que tienen discapacidad mental o física son relativamente impotentes en lo que respecta a determinar la formulación y administración de las políticas que tienen una función central en sus vidas (Borsay, 2008, p. 179).

Los circuitos exclusivos con una funcionalidad política y económica se hacen presentes, para favorecer un modo posible de reinscripción en el Capitalismo Mundial Integrado, en tanto éste consiste en “una inmensa máquina productiva de una subjetividad industrializada y nivela a escala mundial [que] se ha convertido en un dato de base de la formación de la fuerza colectiva de trabajo y de la fuerza de control social colectivo” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 56).

El sostenimiento de esta diagramación de la geografía social y de las redes de poder, y de esta distribución de espacios, de funciones y de roles, parece legitimarse más en el hecho de que representa una nueva fuente de reutilización económica, que en la apertura a un genuino favorecimiento de una vida autónoma para los sujetos en situación de discapacidad.

Queda pendiente para otros proyectos que continúen esta línea de investigación una indagación más profunda respecto de la especificidad de los otros territorios de la discapacidad. Sin embargo, en función de que la discapacidad mental nace cooptada por una figura que extiende sus fronteras incluyendo a diversas problemáticas preexistentes – siendo una de ellas el retraso mental-, es posible inferir ciertos rasgos e implicancias de esta figura general de la discapacidad, si se toma la especificidad del territorio de la discapacidad mental como paradigmática del modo en que aquella se configura actualmente.

Es posible afirmar entonces que la invención misma de la debilidad mental y el retraso mental en un primer momento, y de la discapacidad mental luego, es la respuesta de la gubernamentalidad a las urgencias de un sector poblacional que presenta el rasgo de verse atravesado por toda una serie de dificultades para habitar y transitar por el espacio social tal como se encuentra diagramado. El surgimiento y el auge de la construcción política –y por lo tanto discursiva y de poder- que es la discapacidad mental, es en sí misma la función estratégica.

La forma en que se objetiva la discapacidad habilita entonces a todo un impresionante negocio de la discapacidad (Barnes, 1998), una formidable industria de la rehabilitación (Vallejos, 2009a). Toda una multiplicidad de abordajes, caracterizados siempre por requerir circuitos exclusivos, y por lo tanto excluyentes, entramados en la oposición dicotómica normal / discapacitado como sustento político fundamental de legitimación. Un montaje muy complejo a escala mundial, una maquinaria tendente a adiestrar, a adaptar, a clasificar, a legislar, a institucionalizar -a normalizar-, las condiciones de vida de un considerable sector de la población, pero a costa de no interrogar las actuales condiciones socio-históricas, políticas y económicas. “Está claro que las discapacidades se fueron definiendo como problema social a través de esfuerzos exitosos de sectores de poder dirigidos al mercado de sus propios intereses” (Albretch & Levi, 1981, p. 14; citado por Oliver, 1993, p. 120).

En consecuencia, respecto del surgimiento de la discapacidad y sus diversos territorios, puede observarse, por un lado, una *sobredeterminación funcional* (ciertas condiciones de posibilidad que favorecen su emergencia y legitiman su existencia); y por otro, *la posición estratégica de responder a una urgencia* (que siempre está en relación a la necesidad de gubernamentalidad en un momento histórico determinado) (Foucault, 1985).

La sobredeterminación funcional implica que, en tanto tal, la discapacidad no podría haber emergido en cualquier momento histórico. Sin el suelo histórico político de la invención de la normalidad, no podría hacer su aparición una construcción discursiva como ella; se trata de un efecto inherente a la lógica disciplinaria y codificadora, propia del estudio de las desviaciones respecto de la normalidad. Por otro lado, la producción social de la discapacidad remite a la *posición estratégica* de nominar una problemática social que conviene ser concebida como individual y patológica, para ser abordada a través de mecanismos exclusivos, respondiendo desde esta perspectiva a la urgencia de todo un

sector de la población que evidencia dificultades para participar de lo social del mismo modo que el resto.

Ahora bien, ambas dimensiones forman parte de lo que Foucault denomina *dispositivo*:

Un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; (...) elementos [pertenecientes] tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos (...). Entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes. (...) Una especie de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una posición estratégica dominante (1985, p.128).

Así las cosas, se propone pensar a la discapacidad en términos de dispositivo². El dispositivo de discapacidad se instituye entonces como una compleja y heterogénea red en la que la medicalización (con sus correspondientes mecanismos de individualización, patologización y circunscripción a circuitos exclusivos y excluyentes) adquiere una relevancia trascendental.

Se constituye así, como objeto de estudio de todo un conjunto de saberes, como objeto jurídico de todo un grupo de legislaciones, como objeto cuasi filantrópico de todo un conglomerado de políticas públicas, y como objeto de abordaje de toda una serie de prácticas discursivas del ámbito de la Salud. La discapacidad es delimitada, mensurada y clasificada minuciosamente de acuerdo a sus diversas formas de visibilización. Es insertada en sistemas sociales alternativos y paralelos contruidos de manera acordes a cada manifestación de la problemática. Es materia de cursos, especializaciones, jornadas, seminarios, congresos, maestrías, posgrados. Es pilar de una amplia oferta de asistencia y tratamiento a cargo de profesionales y particulares, en centros especializados públicos y privados. Es sostén de una cada vez más cuantiosa presencia de establecimientos exclusivos, que hasta pueden adquirir formato legal de empresa con fines de lucro.

De todos modos, a pesar de instituirse como un objeto tan favorecido al recibir tanta atención desde distintos campos de saber y lineamientos políticos, todos los estudios, relevamientos e investigaciones muestran que los efectos prometidos por diversas modalidades en que se materializan las biopolíticas de inclusión, no terminan de concretarse. Sin embargo, se justifica su continuidad práctica, su reformulación teórica y la proliferación táctica de todo tipo de propuestas elaboradas desde ellas, independientemente de que su principal efecto sea principalmente la legitimación de la segregación ya existente.

Se observa entonces un determinado modo de responder a una problemática política, social e histórica, mediante la construcción y el sostenimiento del falso objeto natural denominado discapacidad, al punto de serle posible su institucionalización como dispositivo.

Deviene posible a partir de él, estudiar, legislar y planificar –esto es, a regular–, las condiciones de vida de un considerable sector de la población. Ahora bien, dicha regulación representa el costo que implica no interrogar las actuales condiciones socio-históricas, políticas y económicas de la gubernamentalidad que habilita al nacimiento mismo de la discapacidad.

Es necesario recordar que todo dispositivo no sólo posee una utilidad manifiesta, sino que cuenta también con beneficios impensados de antemano, pero convenientes y redituables. En otras palabras, un dispositivo cuenta siempre con objetivos, efectos y usos.

El objetivo concreto de una invención discursiva como la de la discapacidad, es puesta en relieve por los planteos del Modelo Social. Se sostiene que surge como una intervención

² Simultáneamente a la elaboración de la presente tesis doctoral, una autora desliza la posibilidad de utilizar el concepto de dispositivo de Foucault como herramienta de análisis para pensar la discapacidad (Vallejos, 2009b). Sin embargo, despliega solamente un recorrido acotado en relación a cuáles serían esos elementos heterogéneos que lo conformarían, sin indagar mucho más en lo que implicaría pensar así.

en relación a la situación de vulneración que diversos sectores de la población denuncian como insostenible luego de la Segunda Guerra Mundial, pero rápidamente va incluyendo otros sectores poblacionales que buscan transformaciones similares, igualmente necesarias para su integración social y para la construcción de modos de vida cada vez más autónomos.

Sin embargo, los efectos que se observan a partir de esta invención no se condicen con las intenciones iniciales. Pero no es por sus *efectos* que el dispositivo de discapacidad se mantiene vigente –en tanto éstos se muestran significativamente alejados de los *objetivos* iniciales-; por el contrario, es en las aparentes contradicciones, paradojas y/o fallas de funcionamiento en donde radica la razón de ello. Esto es, en el *uso* que se hace del dispositivo de discapacidad. Y esto concierne por lo menos a dos ámbitos: el de la gubernamentalidad y el de la producción de subjetividad.

El dispositivo de discapacidad, que se ha ido institucionalizando de un modo determinado en las últimas tres o cuatro décadas, parece orientado a perpetuar la existencia de la discapacidad tal como es concebida actualmente; esto es, como un falso objeto natural, individual, aleatorio, patológico y trágico. En otras palabras, el dispositivo de discapacidad tiene por finalidad garantizar la supervivencia de la discapacidad como dispositivo.

Y como sostiene Germain, “los dispositivos que históricamente se han constituido para repartir poblaciones lo hacen siempre en la medida en que al mismo tiempo son generadores de subjetividad” (2003, p. 69). Por lo tanto, es esperable que el dispositivo de discapacidad produzca un modo de subjetivación que naturaliza los mecanismos de medicalización –individualización, patologización y circunscripción a circuitos específicos- y los rasgos singulares producidos para este sector poblacional.

De esta manera, se promueve la naturalización de un modo de vida al que le debe ser inherente una serie de rasgos, que los militantes del Modelo Social no dejan de denunciar desde hace varias décadas. Entre ellos se encuentran la falta de accesibilidad (dificultades significativas para transitar y participar de lo social del mismo modo que el resto); la institucionalización (circunscripción a circuitos exclusivos que no son compartidos con otros sectores poblacionales y de los que se hace muy difícil salir una vez ingresado); la discriminación (omisión o rechazo a modificar aspectos de la sociedad que permitirían el acceso de este sector poblacional a los mismos circuitos sociales que el resto utiliza); la opresión (el condicionamiento para mantenerse al margen de los espacios sociales habilitados para el resto de la población).

La necesidad de obtener el Certificado Único de Discapacidad es sólo la puerta de acceso. Pero la naturalización de los mencionados rasgos, promovida por la lógica inherente al dispositivo de discapacidad, ocasiona que los acotados y no siempre efectivos recursos que se ofrecen para sortearlos o palearlos, no sean impuestos ni forzados, sino demandados y sentidos como necesarios por la propia población atravesada por esta problemática. De este modo, permanentemente se intenta hacer valer el derecho de hacerse tener en consideración, de recibir asistencia económica, terapéutica, educativa, laboral, de vivienda, de circulación, etc. El dispositivo de discapacidad logra que sea el mismo sujeto en situación de discapacidad quien desee o crea necesitar poner en marcha los mecanismos necesarios para llevar adelante su vida.

Un episodio observado en un Centro de Día da cuenta de este aspecto del dispositivo de discapacidad. Refiere a un concurrente que, contando con la posibilidad de trasladarse mediante el sistema público de transporte, fue paulatinamente convencido de incorporarse al transporte especial –propiedad de la misma empresa propietaria del Centro de Día-, bajo el argumento de que serían menos problemáticos los traslados que eventualmente devienen necesarios a sitios de la ciudad que requieren un cambio en el recorrido conocido por él, o bien directamente de la línea de colectivo que utilizaba. Ello se debe a la programación de paseos, excursiones, días en clubes, parques o campings, que forman parte de las actividades habituales del establecimiento, y a los que este concurrente no siempre concurría por no contar en todos los casos con alguien que lo acompañase o que le explicara el modo de llegar.

Así, a pesar de no ser la única forma de resolución posible, un individuo que contaba con la posibilidad de utilizar por sí mismo el transporte público se ve insertado de repente en un circuito exclusivo bajo los argumentos de ya no perderse las jornadas desarrolladas en lugares no habituales, de otorgar algo más de tranquilidad a la familia (ya que el transporte especial lo busca y lo devuelve en su domicilio), pero logrando también con ello un nuevo cliente en el sistema privado de transporte especial de la empresa.

Complementario a ello, el beneficio que se especifica en algunas leyes y decretos que remite a la posibilidad de tramitar un pasaje gratuito “cuando la persona discapacitada deba trasladarse a establecimientos educacionales o de rehabilitación”, o bien, la asignación de una pensión por discapacidad, para compensar los gastos extra que tendría una familia cuando uno de sus integrantes presenta algún tipo de discapacidad, se muestran como elementos para nada desdeñables de acuerdo a las conveniencias de cualquier familia.

Esto habilita a situaciones mencionadas en entrevistas sostenidas con personas de la Secretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad. Se hace referencia allí a la creciente proliferación de casos de niños para los que la familia solicita un certificado por discapacidad mental para lograr la inserción en un establecimiento de educación especial, aparentemente por las dificultades manifestadas para transitar la escolaridad común. Sin embargo, según observa dicho personal, muchos de estos casos se deben también a la pretensión de disponer de las ventajas que otorga el Certificado a todo el grupo familiar (pensión, pase de transporte, etc.), solamente al costo de discapacitar a uno de sus integrantes, en quien, por otro lado, tampoco se manifiesta tanto deseo de que finalice la educación común. Al decir de Vallejos, “el certificado de discapacidad es una llave para el acceso a ‘beneficios secundarios’ de la discapacidad, como el pase libre y la pensión” (2009b, p. 200) (las comillas son de la autora).

Seduciendo, incentivando, facilitando, la gubernamentalidad hace uso de ciertas estrategias de poder, despliega acciones que afectan otras acciones. Se logra favorecer así la producción de una situación en la que tanto el sujeto en situación de discapacidad como sus familiares, ven como una de las mejores alternativas posibles para desenvolverse en lo social, el reconocimiento y el sostenimiento de la situación de discapacidad.

Dado el funcionamiento del dispositivo de discapacidad, el individuo implicado en esta problemática no encuentra otra opción más que ubicarse en una posición subjetiva específica en el entramado de poder actual: en una situación de necesaria asimetría política respecto de otros sectores de la población, y en especial, de determinadas instancias estatales.

La infantilización observada en los espacios terapéuticos dedicados al abordaje de la discapacidad mental, se enlaza indisolublemente con la categoría de infantilización tal como la trabajan Guattari & Rolnik. “Piensan por nosotros, organizan por nosotros la producción y la vida social” (2013, p. 59). Según estos autores, el Estado media en todo aquello que pueda hacerse o pensarse en sectores sociales específicos (como el de las mujeres, los locos, los de comportamiento disidente o incluso el de la discapacidad).

La sujeción de los individuos implicados en esta problemática, se articula a su vez a la rentabilidad del negocio de la rehabilitación, requiriendo para ello la naturalización de la existencia de la discapacidad como una indudable condición individual, que afecta trágica, aleatoria y accidentalmente a algunos y no a otros. En este sentido, el sujeto en situación de discapacidad es aquel a quien se le regula y condiciona la circulación y la participación social, promoviendo el hecho de mantenerse al margen de distintos espacios sociales y políticos. Es decir, la situación promovida por el dispositivo de discapacidad conlleva una determinada distribución de las redes del poder, que tiende a mantener al margen del estudio, la interrogación y la transformación de su propia situación a los sujetos atravesados por esta problemática.

Sólo se observan excepcionalmente instancias públicas en las que se da espacio a sujetos en situación de discapacidad, pero siempre a través de una participación minoritaria y compartida con otros que no se encuentran atravesados por la misma problemática. Lo habitual es que los sujetos de este sector poblacional no cuenten con las mismas condiciones políticas para participar activamente en la elaboración de toda una serie de

legislaciones, políticas públicas y estrategias terapéuticas que de todos modos les están dirigidas.

Esto encierra un punto de procedencia que preexiste a la noción de discapacidad: la construcción política de la categoría de la *normalidad*. A partir de la construcción de una norma basada en el individuo sano y adulto, completo, sin fallas, que se constituye como el ideal, es que se justifica una división entre lo *normal*, lo sano, lo esperable, por un lado; y lo *anormal*, lo patológico, lo diferente, por otro. Clasificación que ve reactualiza esta asimetría una y otra vez, cada vez que aparezca la posibilidad de pensar cualquier estrategia de transformación para los sectores de la población que quedan del lado de la anormalidad.

Es decir que todo ello mantiene invariable la asimetría entre algunos que se ven legitimados para hablar, y otros cuyo decir se ve restringido a circular bajo el estatuto de anécdota individual: referencia valiosa, emocionante, sensibilizadora, moralizante, pero limitadamente individual. Asimetría que, a la vez, lejos de producir los efectos anhelados, genera por el contrario “el parámetro de una normalidad única inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad. Relaciones asimétricas que producen tanto exclusión como inclusión excluyente” (Angelino, 2009, p. 51).

Las políticas públicas se caracterizan entonces por estar conformadas para “personas con discapacidad”, a partir de un pensamiento dicotómico de base que organiza un modo de pensar estrategias, fundado en una diferenciación bien clara: hay un sector de la población con discapacidad y otro sin ella. Y quienes están legitimados para abordar esta problemática, son unos y no otros. Tal como afirma Emmanuele, “la lógica binaria, lejos de ser admitida como mero tránsito del pensamiento humano, es promovida como meta de arribo desde numerosos Discursos Sociales: Pedagógico, Jurídico, Médico, Científico, Filosófico, Tecnológico, etc.” (2002, p. 19).

Lo predominante entonces es que los sujetos en situación de discapacidad sean objetos y no sujetos de las políticas que les conciernen.

Ahora, esto no es novedoso. Tal como muestran las investigaciones del Modelo Social, históricamente los sujetos en situación de discapacidad han sido hablados por otros ajenos a su situación. Ello obstaculiza la posibilidad de llevar adelante planes de vida propios (por acción intencionada o por falta de posibilidades de elección). Lo predominante en los diversos territorios de la discapacidad, en particular en el de la discapacidad mental, es que una gran parte de la vida de los individuos de este sector de la población, sea definida por instancias externas a él. Al ser concebidos dichos individuos entonces como objetos de protección y tutelaje, puede hablarse -al decir de Castoriadis (1998)- de una *causa heterónoma* en la conformación de su modo de transitar y participar de lo social (Ferrari & Contino, 2013). “He definido la heteronomía como el hecho de pensar y actuar como lo exigen la institución y el medio social”, sostiene el mencionado autor (Castoriadis, 2005a, p. 108).

En consecuencia, las estrategias terapéuticas -en línea con lo que observado en lo concerniente a las políticas públicas-, presentan la misma sujeción a una forma de elaboración en la que el sector poblacional implicado en la problemática no encuentra participación, a pesar de definirse expertos en su propia vida. Una lógica que sostiene relaciones de poder asimétricas en función de una disposición del saber que les otorga a los profesionales la autoridad técnica y la legitimidad social para diagramar circuitos terapéuticos específicos. “Se hacen las predicciones de su evolución, con y sin tratamiento de rehabilitación, se prescriben prácticas, se elaboran profecías acerca de la vida del discapacitado” (Vallejos, 2009b, p. 197).

Las estrategias terapéuticas -y la construcción de sus espacios de abordaje-, son una de las facetas de las políticas públicas, y ambas materializan muy fielmente la actual estrategia biopolítica de inclusión. Y ella no tiene por finalidad incluir a todos y cada uno de los sujetos en situación de discapacidad, sino tan solo regular el nivel de incidencia de toda una serie de complicaciones que de todos modos continuará estando presentes, y en algunos casos, intactos.

El conjunto de la escasez de resultados esperados, la continua reformulación de categorías y la causa heterónoma en las políticas públicas, representa la funcionalidad de la

biopolítica de la inclusión y del dispositivo de discapacidad en la racionalidad político-económica del Capitalismo Mundial Integrado.

Se sostiene la implementación global de toda una serie de mecanismos, tácticas y estrategias que aparentan abordar la problemática, que sólo alcanzan algunos limitados y esporádicos resultados. Pero justamente en ello radica el éxito de sus fracasos: modificar algo para que nada cambie. Mejorar en todo lo posible la cotidianeidad de los sujetos en situación de discapacidad, encontrando el límite en el punto en que ello implique interrogar la racionalidad del sistema capitalista. No se busca entonces eliminar la desocupación, la deserción escolar, la mantención en la escolaridad especial, la imposibilidad de utilizar el transporte público o de circular por los mismos espacios sociales que el resto, etc. (ello sería imposible en una sociedad como la actual), sino en mantenerlas en un índice aceptable de incidencia.

Puede afirmarse por lo tanto que en tanto biopolítica al servicio de la gubernamentalidad, la inclusión se orienta a formular posibles propuestas para que algo del problema específico que se intenta solucionar sea relativamente abordado, en tanto éstas cumplan una serie de requisitos:

- 1) no interrogar la dimensión institucional del ámbito en cuestión; no lo historicen, lo problematicen, no lo politicen;
- 2) sostener la dicotomía normalidad / discapacidad en la distribución jerárquica de los roles destinados a abordar la situación actual;
- 3) considerar los fracasos actuales o los objetivos todavía no alcanzados como inherentes a todo tránsito de perfeccionamiento de las políticas públicas, y no como efectos inherentes a las biopolíticas.

En consecuencia, un estudio de la situación de discapacidad requiere que se construyan coordenadas para pensar posibles procesos transformadores de la vida medicalizada e institucionalizada no sólo del individuo atravesado por dicha problemática, sino también de todo aquél que deba insertarse o transitar por los territorios de la discapacidad. Esto supone, por lo tanto, que se vea interrogada la manera en la que todos y cada uno de los actores sociales ingresan al dispositivo de discapacidad: sujetos en situación de discapacidad, familiares, miembros de la comunidad, profesionales, personal no profesionalizado, legisladores, políticos, jueces, choferes, asistentes, etc.

El ingreso al dispositivo es inevitable, pero lo que puede elegirse es la manera en que se produce: o bien adhiriendo a las líneas duras (Deleuze & Guattari, 2002), esto es, lo más institucionalizado de las instancias productoras y reproductoras del propio dispositivo de discapacidad y de las reglas de juego que se encuentran funcionando en sus territorios; o bien, trabajando para favorecer procesos de subjetivación que habiliten a este sector de la población a detentar cada vez más el control de sus propias vidas, definiendo desde su propia experiencia, otros modos posibles de llevarla adelante.

Respecto de quienes se posicionan desde las Ciencias Sociales, cabe recordar las palabras de Guattari, “o hacen el juego a esa reproducción de modelos que no nos permiten crear salidas a los procesos de singularización o, por el contrario, trabajan para el funcionamiento de esos procesos en la medida de sus posibilidades” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 43).

Esto implica analizar el dispositivo de discapacidad para identificar, visibilizar y potenciar las múltiples líneas de fuga que en él se despliegan, favoreciendo en todo momento una posición cada vez más autónoma en el propio colectivo social implicado, ya que “para el profesional de lo social, todo dependerá de su capacidad de articularse con los agenciamientos colectivos de enunciación que asuman su responsabilidad en el plano micropolítico” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 44).

Interrogar la relación de la sociedad con la discapacidad es desear un mundo donde diversos modos de existencia sean posibles, más que conformarse con una ley que prohíba tal o cual forma de discriminación, o que exija tal o cual modificación arquitectónica o comunicacional.

Conclusiones

Los sectores poblacionales que no entran en los parámetros de normalidad en lo que refiere a lo mental, lo visceral, lo motriz y lo sensorial, han atravesado un complejo recorrido histórico, vinculado a sucesivas modificaciones legislativas, terapéuticas, económicas, sociales, etc.

En un momento específico -década de 1960- de dicho recorrido surge la noción de discapacidad como un intento de reterritorialización del espacio otrora vigente del impedimento, la incapacidad, la minusvalía y la insanía. Dos décadas después (hacia 1980), siempre bajo la impronta divisoria y clasificatoria de la construcción política de la normalidad, se toma la figura del retraso mental para reformularla bajo la de la discapacidad mental. A partir de ello, se vinculan entre sí las legislaciones y las políticas públicas dirigidas a cada una de las problemáticas preexistente lo cual genera un efecto global impensado. A pesar de que desde el comienzo de la utilización de la categoría discapacidad -nacida desde el propio colectivo de sujetos implicados en la problemática- se espera favorecer un proceso de cambio político que habilite a la autonomía y la vida inclusiva, se instituyen toda una serie de implicancias que favorecen un modo específico de concebirla, llamativamente alejadas de la inclusión y la autonomía.

La discapacidad se constituye entonces al modo de un dispositivo. Agrupando y articulando un conjunto muy heterogéneo de legislaciones, políticas públicas, estrategias terapéuticas, espacios médicos, organismos estatales, mandatos morales, formulaciones teóricas, investigaciones, cursos, jornadas, especializaciones, replanteos arquitectónicos, etc., se inserta en la gubernamentalidad actual, mostrándose siempre funcional a la racionalidad económica-política del Capitalismo Mundial Integrado.

Este dispositivo así conformado, constituye a su vez varios territorios –acordes a los distintos tipos de discapacidad- cuyas reglas devienen extremadamente difíciles de eludir para quien transite por su interior.

Tal como se sostiene desde el Modelo Social, la discapacidad se asocia a la capacidad del ser humano según estándares impuestos por un sistema económico, político y social determinado: el capitalismo. Por lo tanto, como sostiene una integrante de REDI, “lo que acentúa sus inequidades son las mismas desigualdades que genera el capitalismo” (CEPAL, 2013, p.19). Y para responder a ello, resulta infinitamente menos costoso y más conveniente individualizar, patologizar y circunscribir a circuitos excluyentes a un considerable sector de la población, antes que interrogar la racionalidad económica política de la gubernamentalidad actual.

Por lo tanto, desde la perspectiva de este trabajo de tesis, se ponen en cuestión los haces de luz del orden del discurso, que recortan y resaltan la figura del individuo patologizado y segregado que emerge de la actual situación de discapacidad. El cuestionamiento está dado en que esta postura constituye a la *persona con discapacidad* como principal objeto de interés y foco de atención de las políticas públicas y de las estrategias terapéuticas. Por el contrario, el posicionamiento que adviene prioritario a partir de este análisis crítico, es que la mirada se dirija hacia la *situación de discapacidad* –expresión que también le pertenece a autores del Modelo Social- en lugar de que lo haga hacia la denominada *persona con discapacidad*.

Desde esta postura, el sujeto no es con discapacidad, ni es discapacitado, ni porta, ni padece una discapacidad, sino que en todo caso se encuentra en situación de discapacidad (Contino, 2010b); situación producida y reproducida por un suelo socio histórico político que requiere de la invención de la discapacidad como estrategia de inclusión de todo un sector de la población que vivencia y denuncia un significativo estado de vulneración. Es el entramado social lo que es discapacitante para un individuo, para un cuerpo, para un sector poblacional; “un patológico y patologizante efecto de la gubernamentalidad” (Contino, 2010b, p. 176).

En este contexto, el estado actual de la población en situación de discapacidad denota vivencias que remiten a tres dimensiones muy significativas, y que representan los rasgos esenciales que caracterizan la mencionada situación de discapacidad.

La primera de ellas concierne a la individualización de la discapacidad. Esto es, la circunscripción de la naturalización de la discapacidad casi exclusivamente al plano individual. La discapacidad, más allá de la progresiva renovación conceptual de la forma en que es definida, continúa siendo evaluada, mensurada y registrada como un objeto natural que sólo puede leerse en el cuerpo de cada individuo, a través de los recursos legitimados socialmente por la pretensión de cientificidad de las profesionales que se encuentran en posición de hacerlo. Así como en el ámbito de la Educación, “el niño aparece claramente como la unidad de análisis de los problemas consignados” (De la Vega, 2010, p. 47), del mismo modo puede plantearse que en lo que concierne a la problemática de discapacidad, se priorizan abordajes que tienen por objeto cada individuo en tanto ciudadano, paciente, afiliado, etc.

La individualización se la observa a su vez en la modalidad que adquieren las políticas públicas en cada momento histórico estudiado. A fines del siglo XIX y principios del XX, las políticas sociales se limitaban a realizar acciones exclusivamente sobre individuos que llegan de manera asistemática a grandes establecimientos de características asilares. En la segunda mitad del siglo XX, se produce una ampliación de las estrategias biopolíticas de abordaje, incluyendo nuevos ámbitos a partir de la protección de los Derechos Humanos. Pero a su vez se incrementan y diversifican los abordajes asistenciales y de servicios dirigidos a ciudadanos particulares a partir de las denominadas políticas del individuo (Merklen, 2013). La creación del Certificado Único de Discapacidad y la táctica de que cada sujeto en situación de discapacidad deba activar los mecanismos burocráticos de la asistencia del Estado devienen los rasgos esenciales de esta política de individualización. Representan una magnífica muestra de la forma en que la biopolítica y la anátomo-política se articulan justamente para intentar resolver una problemática sin cuestionar ni afectar la gubernamentalidad en la que ella emerge.

Pero esto conlleva una nueva dificultad: la invisibilización del hecho de que no todos los individuos se encuentran en las mismas condiciones subjetivas y políticas de responsabilizarse en llevar adelante los mecanismos necesarios para enfrentar lo que su estado particular requiera. Por ejemplo, se encuentra una clara diferencia entre los recursos subjetivos, simbólicos, económicos y políticos de quienes se hallan en situación de pobreza respecto de los que no pertenecen a este sector poblacional. “Las clases populares sufren tanto los mandatos de individuación que los responsabilizan de su suerte como los cantos de sirena que les proponen mayor autonomía y movilidad cuando en realidad se encuentran despojadas de los recursos necesarios para enfrentarlas” (Merklen, 2013, p. 56).

Por lo tanto, los procesos de inclusión sólo pueden devenir exitosos en los casos de individuos aislados que logren introducirse en los circuitos burocráticos que materializan las políticas de individuación. Pero nunca para todo un grupo de individuos, ni para una determinada región geográfica o una zona urbana específica, ni mucho menos para todo un sector poblacional.

Da cuenta de ello la prensa gráfica (ya sea formato papel, digital, audiovisual, online, etc.), en donde las referencias a procesos de inclusión exitosa siempre tienen como protagonista a un único individuo. Ya sea que haya logrado finalizar los estudios secundarios, terciarios e incluso universitarios; que haya podido insertarse en algún ámbito laboral; que le haya sido posible desplegar alguna actividad artística; trascender en su comunidad por alguna razón; etc. Más allá del modo puntual en que un individuo en particular se muestre incluido, no deja de ser producto de procesos individuales de inclusión.

Ahora, estas políticas públicas se caracterizan a su vez por contar con una causa heterónoma, en tanto son programas elaborados *para* sujetos en situación de discapacidad. Está claro que la racionalidad política de este tipo de políticas públicas (a pesar de mostrar una muy incipiente apertura a otras alternativas que favorecen la ocupación de espacios por parte de sujetos en situación de discapacidad), favorece una forma de producción de

subjetividad tal que obstaculiza significativamente el favorecimiento de la autonomía y la integración social.

En segundo lugar, otra de las dimensiones que caracterizan la situación de discapacidad, es la medicalización de la problemática. La medicalización de cualquier problemática social conlleva una obturación de su dimensión institucional. Se la inscribe como objeto de un solo discurso -el médico-, y llegado el caso, se solicita el apoyo de otros discursos en pos una mayor aprehensión de su naturalización –tales como el psi y/o el jurídico-. Si se trata de una patología, ya no es necesario realizar una lectura política, histórica, social, económica, o institucional.

Pero a su vez, no se trata de cualquier patologización; se presenta como una enfermedad que no podrá variar ni curarse en la mayoría de los casos. Desde el Modelo Social se advierte que al medicalizar el concepto de discapacidad, se “justificó el rol médico en el diseño de una industria en torno de estos nuevos ‘enfermos incurables’” (Chávez Penillas & REDI, 2012, p. 36) (las comillas son de los autores).

Esta forma de concebir la problemática encuentra un gran sustento además en los tímidos y acotados esfuerzos de los Modelos Individual y Funcionalista, sosteniendo la ilusión de que, a través del caso por caso, interviniendo sobre cada sujeto en situación de discapacidad, se llegaría finalmente a un proceso general de inclusión. El discurso médico, el jurídico, el pedagógico y el religioso se conjugan así para conformar un entramado tal que no favorezca una mirada en torno a la dimensión institucional de la discapacidad, sino más bien a los individuos a quienes se les atribuye portarla.

En razón de ello, se llega a afirmar que “la ‘discapacidad’ y la ‘rehabilitación’ se han convertido en mercancía y por lo tanto se han transformado en iniciativa comercial” (Barnes, 1998, p.61) (las comillas son del autor). Emmanuele, por su parte, llega a una idea similar:

la proliferación de los Discursos supone la invención y reinversión permanente de *objetivaciones* que los hacen hablar indefinidamente. Por lo tanto, no ha de sorprender que los distintos territorios del saber se enlacen -en notable coherencia seriada con la economía política del neoliberalismo- a la producción de mercancía y a la multiplicación de especies de mercados de saberes con sus prácticas, avalados y custodiados por esa celda de la Ciencia (2009, p. 109) (la cursiva es de la autora).

Es decir, la medicalización de una problemática social, su individualización y patologización conlleva, entre otras cosas, un beneficio económico. Desde la época en la que surgen los primeros Asilos de alienados, la irregularidad, desviación o anormalidad, produce beneficios. El poder psiquiátrico les pide a las familias que les envíen a los anormales, a los irregulares, extrayendo “de ello una ganancia que se incorpora al sistema general de ganancia” (Foucault, 2008c, p. 143).

La tercera y última de estas dimensiones, concierne a las estrategias de abordaje, servicios o prestaciones presentes en las políticas públicas y legislaciones. Todo ello da cuenta de una construcción elaborada de manera coherente con el modo individualizado y patologizado de concebir la discapacidad.

Se observa en general que, a pesar de buscar explícitamente la inclusión, éstas presentan las características de ser específicas y exclusivas. Y, por lo tanto, corren el riesgo de volverse excluyentes.

En los años ochenta se inventó la categoría de la discapacidad social, como a fines del siglo XIX se había inventado la de la desocupación: para manejar a poblaciones que ya no se podían insertar normalmente en la sociedad. (...) Es al precio de una separación de la sociedad como se ejerce una forma de solidaridad (Rosanvallon, 1995, p. 119).

Esta separación de la sociedad no se produce de manera deliberada ni premeditada, sino que encuentra sus condiciones de posibilidad en la presunción política de que determinadas diferencias constitutivas de un sector poblacional específico, impiden la posibilidad de tener una vida como la de cualquier otro ciudadano.

Las heterotopías que abordan esta problemática se instituyen entonces como espacios incuestionablemente necesarios, incluso de manera independiente de las particularidades de cada época. Se adaptan discursivamente a cualquier transformación biopolítica, llegado el caso, sustituyendo los rasgos arquitectónicos por otros más convenientes, modificando sus nominaciones, reformulando sus planes de trabajo o renovando sus fundamentos teóricos. E incluso, hasta pueden hacer todo eso sin variar el espacio físico concreto en donde se sostienen. El ejemplo del establecimiento mencionado aquí que sobrevive a diversos territorios (minoridad peligrosa, niñez deficiente y niñez vulnerable), a distintos paradigmas jurídicos (patronato de la infancia, Modelo Médico-Individual y protección de derechos del niño), a diferentes modalidades de gobierno (de facto, socialistas, justicialistas), etc., es por demás de elocuente.

Es decir, “existe una tendencia a (...) utilizar esta ‘anormalidad’ para justificar prestaciones separadas o segregadas para atender las necesidades *especiales*” (Borsay, 2008, p. 183) (Las comillas y las cursivas son de la autora).

Dichas prestaciones segregadas se vinculan inevitablemente a los números presentados en las estadísticas oficiales, que grafican el escaso nivel de inclusión social, educativa, laboral, de salud, etc. que presentan quienes se hallan atravesados por esta problemática. Por ejemplo, un 75% a 85% de los sujetos en situación de discapacidad no tienen acceso a ninguna forma de tratamiento. Por otro lado, las discapacidades mentales y psicosociales se asocian a tasas de desempleo que pueden llegar al 90% (OMS, 2010c).

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas (OMS, 2011, p. 5).

En consecuencia, se genera una progresiva tendencia a elaborar cada vez más recursos, tanto legislativos como de políticas públicas, que buscan contrarrestar este estado leído como de segregación, vulnerabilidad, exclusión y opresión por parte la población misma.

Tanto las anátomo como las biopolíticas, como así también mecanismos y dispositivos de seguridad que se orienten a la inclusión social, requeridos para la integración en la comunidad y a la autonomía personal, no dejan de mostrar obstáculos sociales y dificultades en su concreción.

Pero se comprende el porqué del sostenimiento actual de esta estrategia biopolítica de la inclusión, si dichos intentos no se conciben como formas incorrectas de pensar la problemática, sino más bien como la máxima modificación posible de ser realizada sin conmovir los fundamentos político-económicos de la sociedad actual.

Esto implica que las estrategias biopolíticas de inclusión, en una racionalidad político-económica como la actual, tal vez nunca logren los objetivos propuestos. Sólo pueden concretar acciones que dejen intacta la estructura político-social actual, aun a costa de no modificar en nada el estado de quienes se hallan en situación de discapacidad.

Si las dificultades presentes en la situación de discapacidad continúan reproduciéndose, ello no se debe a aspectos que habría que continuar perfeccionando de las legislaciones y políticas públicas vigentes actualmente. Por el contrario, radica justamente en que en tanto la homogeneidad básica del Capitalismo Mundial Integrado (Guattari & Rolnik, 2013) no se vea afectada, las aparentes batallas en torno a las dificultades vivenciadas por ciertos sectores de la población en situación de vulnerabilidad, sólo serán una válvula de escape transitoria y destinada a fracasar. A pesar de ello, no dejan de plantarse como excepciones propias de un sistema que, si bien no desea tales efectos, todavía no ha podido solucionarlos. “La verdadera utopía capitalista consistía en creer que se puede –en principio,

al menos, aunque a largo plazo- acabar con estas 'excepciones' a través de medidas apropiadas" (Žižek, 2003, p. 177).

Puede sostenerse por lo tanto que las biopolíticas de la inclusión representan una estrategia crucial, en tanto promete abordar todos los puntos sueltos de la situación actual de la discapacidad, sin conmovir la racionalidad político-económica capitalista. Se habla de inclusión social pero el camino para lograrlo es a través del tránsito por heterotopías específicas cuyos rasgos de funcionamiento son radicalmente diferentes a los de la sociedad. Se responsabiliza a la sociedad de una supuesta tendencia a la exclusión, y se deja a los funcionarios y técnicos en el lugar benéfico de contrarrestar tal injusticia. Se define la discapacidad como una interacción entre el individuo y las barreras del entorno, pero se otorga un certificado que identifica a quien la porta. Se habla de políticas públicas y/o sociales, pero se espera que cada individuo las active y las ponga en marcha burocráticamente. Se prometen transformaciones radicales en lo social, pero en lo concreto prevalece la lógica del caso por caso. Se realizan planteos desde la lógica de los Derechos Humanos, pero los abordajes los realizan prioritariamente los profesionales de la salud.

Es decir, puede sostenerse que estas políticas públicas se inscriben en un punto intermedio entre las anátomo-políticas, las biopolíticas y la gubernamentalidad, de modo que se presentan bajo la supuesta intención de intentar regular la circulación de algo, pero sólo logrando regular o modular su incidencia.

Si bien esta estrategia perpetúa la manifestación de los obstáculos y las dificultades presentes en la situación de discapacidad, interrogar a fondo la problemática abordada sería demasiado riesgoso y costoso, toda una amenazante para el sistema actual.

Así las cosas, en medio de una serie de fracasos, fallas y/o escasez respecto de los resultados esperados, todo parece indicar que la estrategia de inclusión, tal como se encuentra funcionando actualmente, no puede conducir a los efectos por ella prometidos. El principal límite que se le impone es que no cuenta con la posibilidad de que alguna de sus tácticas interroge, cuestione o se contraponga a la racionalidad económica-política del capitalismo. "Las realidades micro y macroeconómicas del capitalismo impiden de manera directa que las personas con discapacidad obtengan un empleo y perpetúan una sociedad que genera discapacidad" (Russel, 2008, p. 245).

Ahora bien, Belgich plantea que

la inclusión requiere inventiva, audacia, y condiciones subjetivas para soportar resultados no esperados; exige asimismo, dejarse sorprender por las capacidades de los niños/as, por sus potencias, por sus preguntas, por sus miedos, pero también por nuestros enigmas, por nuestras turbaciones ante el fracaso o ante la repetición improductiva de los atolladeros; e igualmente demanda dejarnos sorprender por nuestras tristezas (2007, p.14).

Cuando se habla de inclusión, no se hace referencia a una cuestión simple ni sencilla. La eliminación de algunas barreras arquitectónicas, materiales, informáticas o actitudinales, la promulgación de leyes inclusivas y antidiscriminación, etc. demuestran no ser suficientes.

Deviene una apuesta compleja que abarca toda una multiplicidad de aspectos, y que requiere inventiva y audacia, en tanto no hay una sola estrategia de inclusión; la inclusión no puede contar con una sola forma de ser concebida. En otras palabras, "la inclusión 'es', al fin y al cabo, lo que hagamos de ella, lo que hagamos con ella. (...) Tendríamos que ver qué boca dice 'inclusión' y no tanto qué dice la palabra inclusión" (Skliar, 2010, p. 156) (las comillas son del autor).

La estrategia de inclusión, en tanto cuente con una causa heterónoma, se encuentra con grandes dificultades para lograr los efectos esperados. Su funcionalidad respecto de la gubernamentalidad actual, justifican la continuidad de estrategias de abordaje y de sus concomitantes efectos políticos y subjetivos, aun cuando no evidencian transformaciones significativas en los campos de la autonomía y la integración social.

Es aquí donde cobra relevancia resaltar que las acotadas, pero trascendentes modificaciones que ha habido en los territorios de la discapacidad, han surgido del propio colectivo social implicado en la problemática. Estas acotadas transformaciones no obedecen

a planeamientos estatales, ni se sustentan en fondos públicos, ni se basan en directivas de organismos internacionales. Se originan en la necesidad y el anhelo utópico de vivir una vida que no transite ya por los márgenes de lo social.

Una de las instancias que han emergido producto de las luchas de los sujetos en situación de discapacidad, que a su vez intenta contrarrestar la reutilización económica del rol de enfermo-, son *los servicios de apoyo* y sus distintas formas de asistencia.

La ratificación del derecho a vivir en igualdad de condiciones en la comunidad y con opciones iguales a las de las demás (presentes en el artículo 19 de la Convención y -en cierto aspecto- el inciso d del artículo 39 de la Ley N° 24.901), plantea que para evitar el aislamiento o la separación de la comunidad de los sujetos en situación de discapacidad es necesario que se brinden los servicios de apoyo. Entre éstos se mencionan la asistencia domiciliaria, residencial y/o personal.

Además de garantizar -por supuesto- que los servicios comunitarios para la población en general sean accesibles (transporte, educación, salud, vivienda, información, etc.), ya se trate de accesibilidad arquitectónica, comunicacional, actitudinal, etc. Pero por más accesibles que pudieran resultar las instalaciones y servicios comunitarios para la población en general, si no se cuenta con los apoyos necesarios para salir del lugar de residencia y proyectar la vida acorde al propio deseo difícilmente se pueda hacer uso de ellos (Chávez Pinillas et al., 2012).

Estos sistemas de apoyo se prestan al sujeto en situación de discapacidad en función de sus necesidades singulares, por lo que es requerido tanto dentro como fuera del hogar o residencia. Los asistentes realizan o ayudan a realizar las tareas de la vida diaria a otro individuo que no puede ejecutarlas por sí mismo, ya sea por las barreras que vivencia de acuerdo a su entorno social o bien por imposibilidad o dificultad propia. Son trabajadores remunerados, seleccionados, entrenados, contratados y evaluados por el propio usuario del servicio. Es decir que cada sujeto en situación de discapacidad debe jugar un rol fundamental en la contratación, formación y entrenamiento del asistente.

Dado que los sujetos en situación de discapacidad son los expertos en sus propias vidas (tal como proclama el Movimiento de Vida Independiente), las necesidades de asistencia que se pretenden cubrir son prácticas y no médicas. En tanto no se trata ni de un servicio de enfermería, ni de un recurso terapéutico, no debería ser susceptible de medicalizarse.

La propuesta, por lo tanto, es que se considere al saber técnico de cada profesión como una herramienta táctica que debe detenerse obligatoriamente en el punto mismo en que el individuo que requiere los servicios de apoyo se encuentra en situación de tener que asumir una posición autónoma.

La previsión terapéutica como mecanismo de apoyo encuentra su límite allí donde la intervención (...) cumple con su objetivo, luego la persona con discapacidad -en oposición a la idea de paciente- determinará cuál es el tipo de apoyo que requiere para su vida diaria (Chávez Pinillas et al., 2012, p. 84).

Sin embargo, los servicios de apoyo suelen entrecruzarse todavía con la órbita de los cuidados médicos (en especial el de asistencia domiciliaria, que es el que muy incipientemente ha comenzado a desplegarse en Argentina). De este modo, no son por ahora suficientes para proyectar la vida en comunidad de los sujetos en situación de discapacidad. Ello se debe a que se circunscribe al lugar de residencia del individuo en situación de discapacidad, a que todavía no le da control sobre su propia vida al sujeto atravesado por esta problemática (ya que los profesionales definen tipo, duración de asistencia y la supervisan), y a que queda restringida solamente a un acotado grupo (Ferrari, 2010).

De todas formas, aunque por ahora la asistencia domiciliaria se inscribe más como un servicio paternalista (definido por terceros), no del todo desinstitucionalizante (que rompa el confinamiento en el domicilio) y algo orientado médicamente (Chávez et. al, 2012), presenta posibilidades futuras promisorias en función de las bases sobre las que fue ideado.

En lo que respecta al territorio de la discapacidad mental, se encuentran diversas experiencias de trabajo realizadas mediante acompañamientos personales. Se basan en la construcción de redes en el barrio del sujeto en situación de discapacidad, apelando a vecinos, familiares, comerciantes, amigos, etc., que funcionan a la manera de puntos de apoyo para la circulación social en la comunidad de origen -dada la proximidad geográfica y afectiva entre los actores sociales implicados-.

Cabe recordar que desde hace sólo algunas décadas comienza el proceso de socialización de sujetos en situación de discapacidad –ya que la Educación Especial no era un recurso ampliamente utilizado-, siendo muy habitual antes de ello que esas vidas transcurran en el interior del hogar familiar, sin posibilidades de una vida por fuera de él. Desde hace algunas décadas a las Escuelas Especiales se suman los establecimientos terapéuticos y educativo-terapéuticos, lo cual amplía un poco más el panorama, pero de todos modos mantiene a sus concurrentes en circuitos preestablecidos sólo para ellos.

De este modo, las experiencias comunitarias de inclusión son muy incipientes y requiere de los actores comprometidos con su sostenimiento, toda la inventiva y la creatividad posible, en tanto “la creación (...) significa el establecimiento de una nueva esencia, de una nueva forma (...): nuevas determinaciones, nuevas leyes (...). No sólo leyes jurídicas, sino maneras obligatorias de concebir y percibir el mundo social, maneras obligatorias de actuar en él” (Castoriadis, 2005, p. 99).

Los servicios de apoyo y las experiencias de inclusión comunitaria, de cualquier manera, son sólo ejemplos de lo que se va abriendo actualmente como posibilidad de transformación social. Y ambos transmiten una posición que debe devenir innegociable: si se busca favorecer la inclusión de los sectores poblacionales actualmente condicionados a circular por circuitos exclusivos –y por lo tanto excluyentes y marginales-, éstos deben conducirse prioritariamente por miembros de dichas poblaciones. Como sostiene el Modelo Social, si el sujeto en situación de discapacidad es el experto en su propia vida, ¿quién en mejor lugar para pensar sus propios procesos de transformación?

Ello exige por lo tanto una posición autónoma en los sujetos implicados en esta problemática. Esta posición autónoma no es homologable a la activación burocrática de los circuitos estatales, sino a un modo subjetivo que habilite a un posicionamiento diferente al que el dispositivo de discapacidad promueve, mediante procesos de singularización del colectivo social de sujetos en situación de discapacidad. La autonomía, al decir de Castoriadis (1998), implica que un individuo o una sociedad se den a sí mismos sus propias leyes, sus propias reglas, su propia forma de vida. En consecuencia, si la autonomía exige “crear sentido y transformarlo colectiva e individualmente” (Belgich, 2005, p. 339), el direccionamiento político debe verse orientado a la construcción de perspectivas diferentes a las actualmente hegemónicas en el dispositivo de discapacidad.

Pensar la discapacidad en términos de dispositivo posibilita cartografiar estrategias que puedan ser vistas como “instrumentos y útiles que se crea que nos pueden servir (...) para (...) llevar a cabo estas luchas” (Foucault, 2008d, p. 123). Es decir, no ya proponer procedimientos renovados o mecanismos de inclusión e integración supuestamente más eficaces que los actualmente vigentes. Por el contrario, exige ensayar tácticas y estrategias que aporten a las luchas que se van llevando a cabo desde los movimientos conformados por sujetos en situación de discapacidad, en pos de una transformación del dispositivo mismo de discapacidad y de la forma en que haya conformado sus territorios. Y se habla de ensayos, ya que, al decir de Foucault, “es simplemente en la lucha misma y a través de ella, como las condiciones positivas se dibujan” (2008d, p. 123).

En función de ello, adquiere relevancia la noción de *líneas de fuga* (Deleuze & Guattari, 2002). Las líneas de fuga remiten a todo aquello que no sigue los lineamientos políticos de los dispositivos vigentes en la sociedad actual, sino que más bien destituyen lo instituido. Aunque no deja de existir la posibilidad de que una línea de fuga se vea nuevamente re-estratificada al conjunto del que se desprende, se trata siempre de procesos singulares -inmanentes a cada espacio social-, que habilitan y/o favorecen la desterritorialización.

Cartografiar las líneas de fuga del dispositivo deviene un aspecto central del análisis de la situación de discapacidad, en tanto permite visibilizar las grietas que representan los

puntos de mayor fragilidad en su conformación actual. Y una de las grietas presentes en el dispositivo de discapacidad que este colectivo social ha hallado y explorado para intentar reterritorializarlo, es la que concierne a la conformación de agrupaciones autogestionadas.

En los territorios de la discapacidad se presentan entonces como puntos de resistencia al orden imperante (tales como el Movimiento de Vida Independiente); tácticas de contraconducta (como las acciones directas de agrupaciones que visibilizan obstáculos o dificultades); construcción de redes descentralizadas entre distintas organizaciones e individuos, que habilitan a estrategias de poder diferentes a las centralizadas en el Estado o las políticas públicas oficiales (como REDI); recursos jurídicos ineludibles para casos individuales como la Convención de 2006; los servicios de apoyo; etc. “La función de autonomización en un grupo corresponde a la capacidad de operar su propio trabajo de semiotización, de cartografía, de insertarse en el nivel de las relaciones de fuerza local, de hacer y deshacer alianzas, etc.” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 65).

Si bien en las últimas cuatro décadas estos grupos han logrado mayor visibilidad y trascendencia, cuentan con más de un siglo de historia. Es posible encontrar el activismo político en agrupaciones de sujetos en situación de discapacidad ya en el siglo XIX (Campbell & Oliver, 1998; Longmore & Umansky, 2000). La *League of the Blind* (por su nombre en inglés, o Sindicato Británico de Personas Con Ceguera en castellano-, creada en 1899, pueda tal vez ser ubicada como una de las primeras agrupaciones con objetivos radicales, aunque sin la fuerza necesaria para lograr trascendencia (French & Swain, 2008). Pero los principales movimientos surgen –tal como fue desplegado en el capítulo II– principalmente hacia las décadas de 1960 y 1970 en Inglaterra, Estados Unidos, etc. (Barnes & Thomas, 2008), bajo la premisa que las leyes civiles de inclusión no producirán cambios sustanciales, ya que, al conformarse de acuerdo a bases individualistas, se ignoran cuestiones económicas y de poder.

Las tácticas políticas que emergen desde estos movimientos, se orientan a producir un viraje desde los problemas personales a los asuntos públicos, ya que “sin el contexto socio-económico y político que la perspectiva social o de ‘asunto público’ proporciona, estamos mal preparados para comprender tanto las causas de la discapacidad como las políticas sociales que ésta provocó” (Borsay, 2008, p.173).

Estos antecedentes históricos –junto a la producción académica de los autores ingleses de los *Disability Studies*- pueden pensarse a su vez como puntos de referencia para algunas experiencias que se fueron dando en Argentina. Entre ellas pueden situarse la ya mencionada Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad (REDI), que funciona desde hace alrededor de diez años con sede en Buenos Aires, compuesta por ONGs e individuos particulares involucrados en la problemática de todo tipo de discapacidades; y la agrupación Sin Barreras Rosario (nacida en la ciudad que le da nombre a la agrupación), cuya lucha política radica en favorecer la inclusión de toda la ciudadanía a través de diversas acciones directas, eventos deportivos, producciones culturales, etc.

“Los valores fundamentales en el movimiento de las personas con discapacidad son la autonomía, la integración y la independencia”, afirma uno de los autores del Modelo Social (Shakespeare, 2008, p. 83). Promovido por dichos valores, el punto V de la Declaración de los Derechos de los Impedidos (ONU) afirma que “las personas con minusvalía tienen derecho a aquellas medidas destinadas a permitirles lograr la mayor autonomía posible”. El punto XII sostiene que “las organizaciones de personas con minusvalía podrán ser consultadas en todos los asuntos relacionados con los derechos de las personas con minusvalía”. Y por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad incorpora el diseño de la democracia participativa, con mecanismos de participación directa de sujetos en situación de discapacidad, para garantizar la eficiencia en la gestión de recursos (Chávez Penilla & REDI, 2012, p. 39). Pero la utilización de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad como instrumento jurídico esencial no siempre representa una garantía para la protección de los derechos de este colectivo social. Como sostiene Ferreira en representación de REDI en una presentación ante la CEPAL, “la legislación no es más que una demagógica expresión de deseos que, como tal, es impunemente violada por los gobernantes de turno una y otra vez”

(CEPAL, 2013, p. 19). En razón de ello, Skliar afirma que tantos avances jurídicos no son garantía por sí mismos: “asistimos a una época de sobreabundancia de la razón jurídica y una carencia manifiesta de discusión ética” (2010, p. 161).

Probablemente, el posicionamiento profesional y académico más productivo -en una práctica discursiva como la de la Psicología-, no sea terapéutico ni pedagógico, sino ético y político. Ello remite a un trabajo subjetivo de transformación propia, en pos de señalar ciertas líneas presentes en los discursos, visibilizar determinadas grietas en el dispositivo, advertir barricadas duras que dificultarían avanzar, marcar atajos en el terreno, montar puntos de enclave y de resistencia, favorecer otros de productividad y transformación, etc. Se trata de un trabajo que no puede realizarse de manera individual, sino apostando a procesos en conjunto, intersectoriales, con todos los actores sociales implicados.

Para contribuir a ello, las prácticas discursivas pertenecientes a las Ciencias Sociales – tales como la Psicología- tal vez deban renunciar a dos de sus más fuertes y antiguos mandatos sociales: *educar* y *curar*, tal como promueve la perspectiva *Psicología En Educación* (Emmanuele, 2002). Después de todo, ¿qué enfermedad habría que curar y en función de qué autoridad se debería enseñar a vivir?

Un posicionamiento ético-político exige favorecer todo movimiento que se encuentre primordialmente conformado y comandado por sujetos en situación de discapacidad. Este posicionamiento se fundamenta también en que la historización de la discapacidad muestra que muchas de las políticas públicas y la mayoría de las heterotopías construidas para el abordaje de esta problemática, lejos de favorecer la autonomía y la integración social, perpetúan la situación vivenciada como de exclusión, opresión, discriminación y marginalidad. Y al contrario, se observa que los movimientos autogestionados son prácticamente los principales espacios sociales y políticos que favorecen el asumir una posición más autónoma, y que por lo tanto, potencian las luchas que más posibilidades muestran para transformar radicalmente la situación que se vivencia en la actualidad. Cabe recordar también que, como afirma Guattari, “a cualquier escala que esas luchas se expresen o se agencien, tienen un alcance político, ya que tienden a cuestionar ese sistema de producción de subjetividad” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 71).

Es claro que la autoorganización de las personas con discapacidad se opone al mito sobre su pasividad y también su cosificación. Se supone que a estas personas, al igual que a los niños, se las debe ver pero no escuchar; que deben estar agradecidas y no enojadas y que deben ser humildes y no orgullosas. Al contradecir todas estas premisas e ideologías discriminatorias, el movimiento progresa día a día, incluso antes de cumplir sus objetivos políticos centrales (Shakespeare, 2008, p. 83).

Ahora, al decir de Belgich, “la subjetividad no puede asimilarse al psiquismo, sino que (...) es modelada por una serie de instancias que la determinan y la afectan” (2004, p. 52). En consecuencia, la formación de estas experiencias autogestionadas sólo puede darse en grupos cuyos procesos de subjetivación hayan permitido su singularización respecto de la producción de subjetividad que, en los territorios de la discapacidad, este dispositivo promueve.

Los procesos de singularización remiten en este sentido a la predisposición para construir los propios puntos de referencia, tanto en lo práctico como en lo teórico, de manera independiente de las posiciones técnicas, económicas, de saber, de prestigio que se encuentran difundidas. Esta capacidad de leer su propia situación y lo que pasa en torno a ellos, “es la que les va a dar un mínimo de posibilidad de creación les va a permitir preservar ese carácter de autonomía tan importante” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 65).

Es fundamental que esto se produzca desde el interior mismo de los territorios de la discapacidad, en tanto que la noción de territorio hace referencia también al dominio del *tener*, a aquello que Deleuze designa como “mis propiedades” (Belgich et al., 2010). Es decir, su afirmación no vale más que en relación con un movimiento mediante el cual puede salirse del mismo. No hay territorio sin un vector de salida y no hay salida sin que al mismo tiempo se dé un esfuerzo de reterritorialización en otro lugar, en otra cosa.

La reterritorialización de los territorios de la discapacidad, que comienza con el cuestionamiento de la individualización y la medicalización de su forma de concebirla y de la vigencia de los circuitos excluyentes, muestra como último horizonte político la desaparición del dispositivo mismo de discapacidad. Pero ello no implica que desaparezca la problemática, sino más bien la necesidad de una transformación de la sociedad a partir de lo que la infinita multiplicidad de las formas de existencia humana, pueden llegar a aportar.

Esto significa que dicha destrucción requiere de un profundo cuestionamiento de la figura del cuerpo normal. Tal como se viene afirmando, no es el saber médico el que descubre, estudia y nombra por fin a la discapacidad, que yacía anclada en el cuerpo desde los comienzos de la humanidad; sino que son los mecanismos de poder los que generan un determinado régimen político de la Verdad, cuyo efecto es un determinado modo de pensar lo humano. Cada átomo primitivo o núcleo elemental, debe contar con una conformación anatómica esperable, por lo que presenta en principio dos posibilidades: puede portar ciertas deficiencias o no. “En la práctica, lo que hace que un cuerpo, unos gestos, unos discursos, unos deseos sean identificados y constituidos como individuos, es en sí uno de los primeros efectos del poder” (Foucault, 1992b, p. 146).

Lo que caracteriza al cuerpo así devenido deficitario, patológico, correspondiente al individuo en situación de discapacidad, se evidencia como efecto de las relaciones de poder inherentes a las prácticas divisorias que, a su vez, producen subjetividad, instituyendo una determinada manera de pensar la discapacidad, así como a los individuos que quedan implicados en él. “Entonces, el cuerpo, en su materialidad, en su carne, sería como el producto de sus propias fantasías. Después de todo, ¿acaso el cuerpo del bailarín no es justamente un cuerpo dilatado según todo un espacio que le es interior y exterior a la vez?” (Foucault, 2010d, p. 15).

Se trata por tanto de un cuerpo que funciona como un punto cero, ya que, para tratarlo, rehabilitarlo, o corregirlo, la medicalización inherente a toda sociedad de normalización organiza sobre esa construcción un complejo entramado conformado por prácticas discursivas, instituciones, discursos, saberes disciplinares, modelos teóricos, organizaciones, espacios terapéuticos, legislaciones, formaciones académicas, jornadas, congresos, capacitaciones y especializaciones profesionales, etc. (Contino, 2013a).

El descentramiento de lo individual, de lo corporal y de lo patológico que el Modelo Social pretende lograr, da indicios de no terminar de concretarse. Por el contrario, la concepción de la deficiencia individual de naturaleza patológica se encuentra completamente vigente en la materialidad discursiva de diversas instancias actuales. Su estatuto de objeto natural no se ha conmovido de manera significativa.

Ahora bien, Lewkowicz recuerda que Zitarrosa habla de la mariposa muerta en su semana justa. Y agrega que “no es corta la vida de la mariposa: es vida de mariposa. La situación no es grande ni chica, pensada desde sí, es absoluta” (Lewkowicz, 2002, p. 84). El desafío radica entonces en analizar la cuestión de discapacidad por fuera de la lógica clasificatoria de la construcción política de la normalidad, que remite a un anclaje supuestamente orgánico de aquello que es leído como deficiencia.

Esta radical transformación abre entonces a toda una serie de interrogantes. ¿Qué pueden enseñar los cuerpos de los individuos actualmente en situación de discapacidad si se rechaza la figura del cuerpo normal? ¿Qué otra forma de concebir los diseños arquitectónicos de la sociedad, de la circulación en espacios públicos y privados, de distribución laboral, de inserción educativa, etc. pueden establecerse si se contempla la múltiple diversidad humana? ¿Y qué otros modos posibles de producción de subjetividad, todavía no imaginados, pueden llegar a verse habilitados?

Es decir, la destrucción del dispositivo de discapacidad implica un proceso que va de la mano con un cuestionamiento radical de la lógica de la normalización vigente en las sociedades actuales y de la racionalidad económica-política del Capitalismo Mundial Integrado que tanto la requiere para su lógica clasificatoria y discriminadora.

Silverkasten sostiene que “interesarse políticamente por los discapacitados es a todas luces, interesarse por las minorías” (2006, p. 7). Pero como afirma Guattari, “la reivindicación de los grupos de minorías no es sólo la del reconocimiento de su identidad.

(...) Trabajan para que su proceso, su devenir se introduzca en el conjunto de la sociedad” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 105). De este modo, tomando a Rimbaud, dicho autor sostiene que puede hablarse de un devenir-negro, un devenir-homosexual, un devenir-mujer, un devenir-niño.

El devenir siempre es minoritario en tanto se sale de las coordenadas del sistema de representación (...). En el devenir se es transitoriamente, no hay identidades definitivamente y si el hombre deviene mujer no significa que asumirá la identidad femenina (...); es organizar por ejemplo un determinado perfil componiendo procesos de sensibilidades que permiten salir del machismo al hombre (Belgich, 2009, p. 5).

Puede agregarse a ellos, por lo tanto, a partir del despliegue de esta Tesis, un *devenir-discapacitado*. Es decir, procesos singulares de transformación que no afectan solamente la situación específica vivenciada en los territorios del dispositivo de discapacidad, que no se quedan en lo particular, sino que afectan a toda la sociedad en su conjunto, incluidas las formas de producción de subjetividad.

Para finalizar, cabe resaltar que existen cuatro deudas a partir del recorrido del programa de investigación que conduce a esta tesis.

En primer lugar, analizar las relaciones que existen entre los territorios de la niñez vulnerada en sus derechos, la discapacidad mental, el padecimiento mental y las adicciones (los cuatro grupos poblacionales vulnerables, de acuerdo a lo señalado por la OMS). Esto implica continuar con la indagación de la especificidad de cada uno de los dos territorios no explorados aquí.

En segundo lugar, analizar las relaciones -similitudes y diferencias, líneas de continuidad, etc.- entre el territorio de la discapacidad mental y los de las otras discapacidades: visceral, sensorial y motriz.

En tercer lugar, estudiar en profundidad los movimientos autogestionados de sujetos en situación de discapacidad, ya que como sostiene Lewkowicz, “es preciso pensar un movimiento desde sí y su potencia y no desde ideales instituidos previamente” (2002, p. 91).

Y, por último, estudiar con mayor profundidad qué implica pensar la discapacidad -ya en general- en términos de dispositivo. Es decir, avanzar con el trabajo de cartografiar el dispositivo de discapacidad, su forma de producción de subjetividad, sus puntos más sólidos, pero también posibles procesos de subjetivación y de singularización, sus grietas, sus líneas de fuga, etc.

De cualquier modo, algunos incipientes pasos en relación a las posibilidades de una vida inclusiva y autónoma aun en una situación de plena vigencia del dispositivo de discapacidad, están en condiciones de ser pensados.

Las experiencias de aprovechamiento de las líneas de fuga presentes en el dispositivo de discapacidad -en tanto conciernen a procesos de subjetivación y de singularización dados a sí mismos por el propio colectivo social implicado- devienen esenciales para cualquier intento de transformación. Al decir de este analista francés, “una transformación a nivel macropolítico y macrosocial, concierne también a la producción de subjetividad, lo que deberá ser tomado en cuenta por los movimientos de emancipación” (Guattari & Rolnik, 2013, p. 39).

Un dispositivo es una construcción histórica y cultural y por lo tanto, puede ser interrogado, cuestionado, transformado, e incluso destruido. Y los territorios que en él se despliegan no son estáticos ni ahistóricos; los puntos, rasgos y dimensiones que lo conforman pueden desterritorializarse y reterritorializarse para que éste devenga en otro distinto o desaparezca. Pero para ello se requiere de la participación de quienes principalmente se encuentran atravesados por él; esto es, la autogestión de las propias transformaciones, ya que “la ‘autonomía’ se refiere a nuevos territorios”, afirma Guattari (Guattari & Rolnik, 2013, p.174).

Está claro que todo ello remite ineludiblemente a una geografía distinta de la actualmente vigente. Pero una geografía diferente exige una muy precisa cartografía de la geografía actual.

Componer cartografías (...) posibilita la creación de territorios que den lugar a las subjetividades y a sus modos de expresión a fin de promover inclusiones verdaderas, es decir, donde aquellas puedan componer encuentros con otros y aprender según sus potencias y necesidades singulares (Belgich et al., 2010, p. 58).

Así las cosas, la reterritorialización del dispositivo de discapacidad, e incluso su eventual destrucción, requieren de la cuestión ética y de una implicancia política por parte de todo actor social inserto en sus territorios, que lo habilite así a asumir una determinada posición y ciertas líneas de pensamiento y de acción. “Apoyarse directamente en una línea de fuga (...) permite fragmentar los estratos, romper las raíces y efectuar nuevas conexiones” (Deleuze & Guattari, 2002, p. 20). Es necesario asumir éticamente una posición política que implique una constante crítica de lo más instituido de los territorios de la discapacidad para favorecer su desterritorialización, y simultáneamente a una interrogación y una reflexión sistemática sobre las posibilidades más instituyentes de la reterritorialización (Contino & Banducci, 2009).

Referencias bibliográficas

- Abberley, P. (2008). El concepto de la opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. En L. Barton (Comp.) *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 34-50). Madrid: Morata.
- Acuña, C. & Bulit Goñi, L. (Comps.) (2010). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Acuña, C., Bulit Goñi, L., Chudnovsky, M. & Repetto, F. (2010). Discapacidad: derechos y políticas públicas. En C. Acuña & L. Bulit Goñi (Comps.). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos* (pp. 23-72). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Aguirre, O. (s.f.a). El Petiso Orejudo. La historia y los interrogantes en torno a Cayetano Santos Godino. En *Enigmas de la crónica policial*, 3. Rosario: Editorial Diario La Capital.
- Aguirre, O. (s.f.b). El misterio de la colonia psiquiátrica. La desaparición de Cecilia Giubileo. En *Enigmas de la crónica policial*, 9. Rosario: Editorial Diario La Capital.
- Albano, S. (2006). *Arqueología del psicoanálisis. Una genealogía del discurso freudiano*. Buenos Aires: Quadrata.
- Alemán, J. (14 de marzo de 2013). Neoliberalismo y subjetividad. *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/contratapa/13-215793-2013-03-14.html>
- Almeida, M. E., Angelino, C., Priolo, M. & Sánchez, C. (2009). Alteridad y discapacidad: las disputas por los significados. En M. Angelino & A. Rosato (Comps.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit* (pp. 55-76). Buenos Aires: Noveduc.
- Álvarez Uría, F. (1983). *Miserables y Locos. Medicina Mental y Orden Social en la España del Siglo XIX*. Barcelona: Tusquets.
- (1997). La Configuración del Campo de la Infancia anormal. De la Genealogía Foucaultiana y de su aplicación a las Instituciones de Educación Especial. En B. Franklin (Comp.) *La Interpretación de la Discapacidad. Teoría e Historia de la Educación Especial*. Ed. Barcelona: Pomares-Corredor.
- Angelino, M. (2009). La discapacidad no existe, es una invención. De quienes fuimos (somos) siendo en el trabajo y la producción. En M. Angelino, & A. Rosato (Comp.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit* (pp. 43-54). Buenos Aires: Noveduc.
- Angelino, M & Almeida, M. (Comps.). (2012). *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*. Paraná: Facultad de Trabajo Social. UNER.
- Angelino, M. & Rosato, A. (Comp.) (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.
- Annoni, M. (2004). Dimensión institucional del aprendizaje: su formulación desde el pensamiento de Michel Foucault. Ponencia en las *II Jornadas de Pensamiento Crítico*. Facultad de Psicología (UNR). Rosario.
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.
- Ariès, P. & Duby, G. (Dir.) (1991). *Historia de la vida privada. La Revolución francesa y el asentamiento de la sociedad burguesa*. T. VII. Madrid: Taurus.
- Aznar, A. & González Castañón, D. (2008). *¿Son o se hacen?: el campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples*. Buenos Aires: Noveduc.
- Bachelard, G. (1991). *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI.
- Basaglia, F. et al. (1978). *Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI.
- Barnes, C. (1998). Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton (Comp.) *Discapacidad y sociedad* (pp. 59-79). Madrid: Morata.
- Barnes, C. & Thomas, C. (1998). Introducción. En L. Barton (Comp.) *Discapacidad y sociedad* (pp. 15-18). Madrid: Morata.
- Barton, L. (Comp.) (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata.
- (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata.

- Belgich, H. (2001). *Los afectos y la sexualidad en la escuela (hacia una diversidad del sentir)*. Rosario: Homo Sapiens.
- (2004). *Sujetos con capacidades diferentes. Sexualidad y subjetivación*. Armenia: Kinesis.
- (2005). *Producción de subjetividad y ciudadanía en los orígenes de la escuela pública argentina. (Autoridad, orden y rituales. Las condiciones de autonomía)*. Tesis doctoral obtenida no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.
- (2006). *Orden y desorden escolar. Cómo enseñar, aprender, imaginar y crear una institución escolar diferente*. Rosario: Homo Sapiens.
- (Comp.). (2007). *Reflexiones sobre la práctica docente en los procesos de integración escolar*. Rosario: Homo Sapiens.
- (2009). Ser 'entre' y micropolítica. *Micropolíticas* (1)1, 5-7.
- Beltrán Llavador, F. & San Martín Alonso, A. (2000). *Diseñar la coherencia escolar*. Madrid: Morata.
- Bertoni, L. (1992). Construir la nacionalidad: héroes, estatuas y fiestas patrias, 1887-1891. En *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana "Dr. E. Ravignani"*, III (5).
- Booth, T. (1998). El sonido de las voces acalladas: cuestiones acerca del uso de los métodos narrativos con personas con dificultades de aprendizaje. En L. Barton (Comp.) *Discapacidad y sociedad* (pp. 253-271). Madrid: Morata.
- Borinsky, M & Talak, A. (2004). Problemas de la anormalidad infantil en la psicología y la psicoterapia. *Memorias del V Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, de la Psicología y del Psicoanálisis*. Recuperado de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Borinsky_Talak_Anormalidad_infantil.htm
- Borsay, A. (2008). ¿Problema personal o asunto público? Hacia un modelo de políticas para las personas con discapacidades físicas y mentales. En L. Barton (Comp.) *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 171-189). Madrid: Morata.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bright, M. (2011). Miedo a los niños: una reflexión sobre la gestión de los riesgos a través de la intervención biopolítica sobre la niñez pobre. *Cátedra Paralela*, 8, 151-165. Rosario: UNR.
- Bruno, P. (1996). Al margen. Sobre la debilidad mental. *Revista Pliegos* (1), 41-55. Recuperado de <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com/2009/11/pierre-bruno-al-margen-sobre-la.html>
- Campbell, J. & Oliver, M. (1998). *Disability politics: Understanding our past, changing our future*. Londres: Routledge.
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Cappelletti, A. (2007). *Filosofía y Psicología: el problema del sujeto*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Carli, S. (1993). El campo de la niñez. Entre el discurso de la minoridad y el discurso de la Educación Nueva. En A. Puiggrós (Dir.). *Historia de la Educación en la Argentina. Vol. 2*. Buenos Aires: Galerna.
- (2002). *Niñez, pedagogía y política, 1880-1955*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Castel, R. (2004). Encuadre de la exclusión. En S. Karsz (Comp.) *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices* (pp. 55-86). Barcelona: Gedisa.
- (2009). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.
- (1998). Poder, política, autonomía. En C. Ferrer (Comp.). *El lenguaje libertario. Antología del pensamiento anarquista contemporáneo* (pp. 137-166). La Plata: Altamira.
- (2005a). *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2005b). *Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto*. Barcelona: Gedisa.

- Chávez Penillas, F. & REDI (2012). El modelo social de la discapacidad. En F. Chávez Penillas (Comp.). *El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social* (pp. 31-46). Buenos Aires: REDI.
- Chomsky, N. & Foucault, M. (2010). *La naturaleza humana: justicia versus poder. Un debate*. Madrid: Katz.
- Ciampi, L. (1923). Contribución a la la Psicopatología Sexual Infantil. En *Revista del Centro de Estudios de Ciencias Médicas*, 1 (2).
- Cicerchia, R. (1998). *Historia de la vida privada en Argentina*. Buenos Aires: Troquel.
- Clímaco, J. (2010). *Discursos jurídicos e pedagógicos sobre a diferença na educação especial*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales con orientación en Educación. FLACSO. Recuperada de http://www.flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2674/1/Tesis_Julia_Campos_Climaco.pdf
- Comenius, J. (1998). *Didáctica Magna*. México: Porrúa.
- Contino, A. (2010a). La función psi en el campo de la discapacidad mental. *Actas del I Congreso Internacional de Discapacidad y Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.articulo12.org.ar/documentos/trabajos/comision%20IV/4-contino.pdf>
- (2010b). La especificidad de la función del psicólogo en el campo de la discapacidad mental. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 19 (2), 157-182. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewPDFInterstitial/17114/17842>
- (2010c). Normalización y emancipación. Análisis de la institucionalización de la discapacidad mental. *Pensando Psicología*, 6 (10), 191-200. Recuperado de <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/art015-vol6-n10.pdf>
- (2012). Problematicación del retraso mental. Psicoanálisis, discapacidad y normalización. *Memorias del IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación y VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. UBA. pp. 173-6. Recuperado de <http://ji.psi.uba.ar/xix/esp/memorias/psicoanalisis.pdf>
- (2013a). La dimensión institucional de la discapacidad. *Revista El Cisne*, XXIII(273), 28-29. Buenos Aires.
- (2013b). Biopolíticas actuales en discapacidad: la estrategia de inclusión. *Liberabit*, 19 (2), 235-241. Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/wp-content/uploads/2013/revistas/liberabit19_2/9_martin.pdf
- (2013c). La estrategia de inclusión en discapacidad. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 5, 59-66. Recuperado de <http://psicologia.uarcis.cl/revista/index.php/RSSCN1/article/view/110/95>
- Contino, A. & Banducci, C. (2009). Función ético-política de la praxis del psicólogo en discapacidad. Ponencia en el *VIII Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos*. Universidad de las Madres de Plaza de Mayo. Inédito.
- Cordié, A. (1994). *Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Croce, P. (2008). Historia de La Casa Cuna. Los primeros 224... Y lo que vendrá. *Archivo Argentino de Pediatría*, XVI, 4. Recuperado de <http://www.portalplanetasedna.com.ar/argerich05.htm>
- Da Orden, M. (2005). *Inmigración española, familia y movilidad social en la Argentina moderna, una mirada desde Mar del Plata (1890-1930)*. Buenos Aires: Biblos.
- Dabin, P. (2012). *Teoría y práctica de la atención a la diversidad en el sistema educativo argentino: arqueología y genealogía de un dispositivo político en la Provincia de Santa Fe*. Tesis del Doctorado en Humanidades y Artes con mención en Educación, obtenida no publicada. Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.
- Dalla Corte, G. & Piacenza, P. (2006). *A las puertas del Hogar. Madres, niños y damas de Caridad en el Hogar del Huérfano de Rosario (1870-1920)*. Rosario: Prohistoria.

- De la Vega, E. (2004). *Genealogía de la Educación Especial en la Argentina*. Tesis del Doctorado en Psicología, obtenido no publicada. Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina.
- (2009). *La intervención psicoeducativa. Encrucijadas del psicólogo escolar*. Buenos Aires: Noveduc.
- (2010). *Anormales, deficientes y especiales. Genealogía de la Educación Especial*. Buenos Aires: Noveduc.
- Del Águila Umeres, L. (2007). *El concepto de discapacidad y su importancia filosófica. Investigación sobre un aspecto fundamental de la condición humana*. Tesis de grado no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/443>
- Deleuze, G. (1988). ¿Qué es un dispositivo? En AA.VV. *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.
- (2005a). *Foucault*. Buenos Aires: Paidós.
- (2005b). Estado y máquina de guerra. En C. Ferrer (Comp.). *El lenguaje libertario* (pp.167-195). La Plata: Terramar.
- (2005c). Postdata sobre las sociedades de control. En C. Ferrer (Comp.). *El lenguaje libertario* (pp.114-121). La Plata: Terramar.
- (2013). *El saber: Curso sobre Foucault*. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (2002). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre Textos.
- Demaría, V. & Figueroa, J. (2007). 10.903: La ley maldita. *Topía*, 49, 8-10. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/10903-la-ley-maldita>
- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias. Familia, sociedad y poder*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dovio, M. (2011). La "mala vida" y el Servicio de Observación de Alienados (SOA) en la revista Archivos de PCMLyCA (1902-1913). *Sociológica*, 26(74), 79-108. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-01732011000300003&script=sci_arttext
- Drake, R. (1998). Una crítica del papel de las organizaciones benéficas tradicionales. En L. Barton (Comp.) *Discapacidad y Sociedad* (pp. 161-80). Morata: Madrid.
- Droit, R.-P. (2008). «Soy un artificiero». A propósito del método y la trayectoria de Michel Foucault. En *Entrevistas con Michel Foucault* (pp. 71-104). Buenos Aires: Paidós.
- Duocastella, R. (1978). Génesis y problemática de la subnormalidad psíquica. En AA. VV. *Subnormalidad psíquica* (pp. 43-66). Madrid: Karpós.
- Emmanuele, E. (1996). *Paradojas del Discurso Médico. Perspectivas de intervención desde la Epidemiología Social*. Rosario: OPS-OMS-Ross.
- (1998a). *Educación, Salud, Discurso Pedagógico*. Buenos Aires: Novedades Educativas
- (1998b). ¿Interventores o intervinientes? *Ensayos y Experiencias*, IV(21). Buenos Aires: Novedades Educativas.
- (2001). Desafíos y artesanías metodológicas en investigación: Clínica Institucional, Arqueología y Genealogía. *Actas del II Congreso Nacional de Investigación Educativa*. UNCOMA, 1, pp. 32-37.
- (2002). *Cartografía del Campo Psi. La trama Salud-Educación*. Buenos Aires: Lugar.
- (2009). Foucault – Lacan. Sobre discursos y sus polémicas derivas. *Revista Psyberia*, (1)2, 99-111. Recuperado de http://www.fpsico.unr.edu.ar/revista/revista/revista_psyberia02.pdf
- (2012). *Los Discursos que nos hablan*. Buenos Aires: Entreideas.
- Emmanuele, E. & Cappelletti, A. (2001). *La vocación. Arqueología de un mito*. Buenos Aires: Lugar.
- Ey, H. (1978). *Tratado de Psiquiatría*, 8º ed., Barcelona: Toray-Masson.

- Fara, L. (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a las personas con discapacidad. En C. Acuña & L. Bulit Goñi (Comps.). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos* (pp. 125-189). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Feinmann, J. (2005). La deuda odiosa. En J. Feinmann, *Escritos imprudentes II* (pp. 63-66). Buenos Aires: Norma.
- Fernández, A. (2008). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández, A. y cols. (2006). *Política y subjetividad. Asambleas barriales y fábricas recuperadas*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Fernández, A. & Del Cueto, A. (1985). *Lo grupal II*. Buenos Aires: Búsqueda.
- Fernández, S. (2009). Las políticas de la infancia. Una infancia de la política. *Cátedra Paralela*, 6, 53-63. Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00069f001t1.pdf
- Fernández Bruno, M. & Gabay, P. (2003). *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos y graves*. Buenos Aires: Polemos.
- Fernández Méndez, J.; Luengo Castro, M. A.; García Haro, J.; Cabero Álvarez, A.; González Díaz, M. D.; Braña Menéndez, B.; Cuesta Izquierdo, M.; Caunedo Riesco, P. J. (2011). Efectividad de la psicoterapia breve en los centros de salud mental II: Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(109), 13-29. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=265019470002>
- Ferrante, C. (2012). El campo del deporte adaptado como escuela de moralidad: "lo importante es no ser rengu de la cabeza". Sobre la experiencia de la discapacidad motriz adquirida a partir de la práctica deportiva en un contexto neo-colonial y dependiente. En M. Angelino & M. Almeida (Comps.). *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 62-98). Paraná: Facultad de Trabajo Social. UNER.
- Ferrari, G. (2010). Procesos de discapacitación en Argentina. *Micropolíticas*, 2(8), 13-16.
- Ferrari, G. & Contino, A. (2013). La autonomía en el Modelo Social de la discapacidad. *Memorias del IV Congreso Argentino Latinoamericano de Derechos Humanos*.
- Ferrari, G.; Chávez Penillas, F. & REDI (2012). El diseño de las políticas públicas para la vida independiente. En F. Chávez Penilla (Comp.). *El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento de participación social* (pp. 81-100). Buenos Aires: REDI.
- Ferreira, I. & REDI (2012). Modelo de vida independiente: Historia y filosofía. En F. Chávez Penilla (Comp.). *El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento de participación social* (pp. 67-100). Buenos Aires: REDI.
- Foucault, M. (1981). Hacer el mal, decir la verdad: sobre las funciones de la confesión en la justicia. Entrevista de André Bertin. Recuperado de http://sdpnoticias.com/columna/1645/Hacer_el_mal_decir_la_verdad
- (1983). El sujeto y el poder. En H. Dreyfus & P. Rabinow. *Michel Foucault: beyond structuralism and hermeneutics* (Traducido por: Carasalle, S. & Vitale, A.). Chicago: Chicago University Press. Recuperado de: <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Foucault/El%20sujeto%20y%20el%20poder.pdf>
- (1985). El juego de Michel Foucault. En *Saber y verdad* (pp. 127-162). Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- (1992a). Nietzsche, la genealogía, la historia. En *Microfísica del poder* (pp. 5-29). Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- (1992b). Curso del 14 de enero de 1976. En *Microfísica del poder* (pp. 127-155). Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- (1996a). *El orden del discurso*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- (1996b). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En *La vida de los hombres infames* (pp. 67-84). Buenos Aires: Altamira.
- (1997). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. En M. Foucault. *Hermenéutica del sujeto* (pp. 93-125). La Plata: Altamira.

- (1998). *Historia de la locura en época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (1999). *La verdad y las formas jurídicas*. Buenos Aires: Gedisa.
- (2004). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2005). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2007). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2008a). *Los anormales: Curso en el Collège de France: 1974-1975*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2008b). Tecnologías del yo. En *Tecnologías del yo* (pp.45-94). Buenos Aires: Paidós.
- (2008c). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France: 1973-1974*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2008d). Encierro, psiquiatría y prisión. Diálogo entre David Cooper, Marie-Oldie Faye, Jean-Pierre Faye, Michel Foucault y Marine Zecca. En M. Foucault, *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 102-138). Buenos Aires: Alianza.
- (2008e). *La hermenéutica del sujeto: Curso en el Collège de France: 1981-1982*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2009). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France: 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2010a). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2010b). *Historia de la sexualidad 2: El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2010c). Las heterotopías. En *El cuerpo utópico. Las heterotopías* (pp. 19-32). Buenos Aires: Nueva Visión.
- (2010d). El cuerpo utópico. En *El cuerpo utópico. Las heterotopías* (pp. 7-18). Buenos Aires: Nueva Visión.
- (2011). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2012a). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France: 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2012b). La política de la salud en el siglo XVIII. En *El poder, una bestia magnífica* (pp. 211-232). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2013a). Sobre la arqueología de las ciencias. Respuesta al Círculo de Epistemología. En *¿Qué es usted, profesor Foucault? Sobre la arqueología y su método* (pp. 223-265). Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2013b). El libro como experiencia. En M. Foucault, *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto* (pp. 33-99). Buenos Aires: Amorrortu.
- French, S. & Swain, J. (2008). Introducción a la segunda parte: Políticas. En L. Barton (Comp.). *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 167-170). Madrid: Morata.
- Freud, S. (1987). Estudios sobre la histeria. En *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. II (1893-1895). Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (2006). Breve historia de la crueldad disciplinaria. En E. Galende & A. Kraut. *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos* (pp.15-102). Buenos Aires: Lugar.
- Gallo, E. (2004). *La Pampa gringa, la colonización agrícola en Santa Fe (1870-1895)*. Buenos Aires: Edhasa [1983].
- García, A. (2006). Lo íntimo y lo público. Sociabilidad y familia. En Fernández, S. (Ed.). *Nueva Historia de Santa Fe, Tomo VII "Sociabilidad, corporaciones, instituciones (1860-1930)"*, pp. 79-99. Rosario: Prohistoria.
- García, D. [Daniel] (2003). Operadores discriminativos-burocráticos en epistemo-logías de elite: estrategias arbitrarias y coactivas para la normativización de programas de investigación científica (capitalismo, estado y saber). En D. López Zaric, Coord. *Anuario 2002-2003, Departamento Social. Facultad de Psicología* (pp. 57-80). Rosario: UNR.

- García, D. [Diego] (2013). El orden del discurso. Una lectura de sus procedimientos de exclusión, control y sumisión en el campo del psicoanálisis. En L. Lutereau & A. Kripper (Comp.). *Deseo, poder y diferencia. Foucault y el psicoanálisis* (pp. 13-30). Buenos Aires: Letra Viva.
- García Alonso, J. (Coord.) (2003). *El movimiento de vida independiente: experiencias internacionales*. Madrid: Fundación Luis Vives.
- García Riera, J.; Caraballo, S.; Sosa, L.; Valongo, S. & Utgés, M. (2010). Historia y fuentes de la Psiquiatría Infantil en Argentina. Primera cátedra de psiquiatría infantil en el mundo. Rosario. Argentina. 1923. En *Psiquiatría y Psicopatología del Adolescente y su Familia*. Recuperado de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/histo02.pdf>
- Gentile, A. (1995). Lanfranco Ciampi y Gonzalo Bosch. El nacimiento de la psiquiatría en Rosario. *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 5. Buenos Aires: Polemos.
- Germain, M. (2003). El sujeto moderno frente al postestructuralismo. En M. Germain & B. Dávila (Coords.), *Política y sujeto* (pp. 57-83). Rosario: UNR Editora.
- Gez, B. (2009). Notas sobre la Educación Especial en Buenos Aires. El caso de la debilidad mental. *Temas de la Historia de la Psiquiatría Argentina*, 28, 11-16. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/temas28.pdf>
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez-Vela, M.; Verdugo Alonso, M. & Canal, R. (2002). Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en servicios residenciales comunitarios. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (4), 592-602.
- González Castañón, D. (2001). Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones. *Vertex*, XII, 267-272.
- Gros, F. (2007). *Michael Foucault*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grossberg, L. (2012). *Estudios culturales en tiempos futuros: Cómo es el trabajo intelectual que requiere el mundo de hoy*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Grüner, E. (2003). El retorno de la teoría crítica de la cultura: una introducción alegórica a Jameson y Žižek. En F. Jameson, & S. Žižek. *Estudios culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo* (pp. 11-64). Buenos Aires - Barcelona-Madrid: Paidós.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (2013). *Micropolítica. Cartografía del deseo*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Hayasi, R. & Okuhira, M. (2006). El movimiento por los derechos en el ámbito de la discapacidad en Japón. Pasado, presente y futuro. En L. Barton (Comp.). *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 226-244). Madrid: Morata.
- Hanna, W. & Rogovsky, B. (2008). Mujeres con discapacidad. La suma de dos obstáculos. En L. Barton (Comp.) *Superar las barreras de la discapacidad* (pp.51-67). Madrid: Morata.
- Ingenieros, J. (1906). La educación de los niños deficientes. *Monitor de la Educación Común*, 26(405), 193-206. Consejo Nacional de Educación.
- Iraolagoitia, M.; Garibay, L. & Giani, M. (2009). Instituciones subjetivantes. Una reflexión desde las prácticas institucionales con niños. *Cátedra Paralela*, 6, 135-145. Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00075f001t1.pdf
- Irigoyen, B. (1913). *Origen y desenvolvimiento de la Sociedad de Beneficencia de La Capital. 1823-1913*. Buenos Aires: Sociedad de Beneficencia.
- Kaufer Michel, E. (2002). Estado de Jalisco, México (Ct). *Las políticas públicas: algunos apuntes generales*. Recuperado de <http://cgpp.app.jalisco.gob.mx/images/ppapuntes.pdf>
- Kymlicka, W. (1995). *Filosofía política contemporánea: Una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Lacan, J. (1977). Clase 4, del 11 de enero de 1977. En *Seminario de Jacques Lacan. Libro 24: Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra*. Versión digital inédita.
- Laus, I. (2013). Pobreza en Argentina. Objetivaciones, subjetivaciones y fugas. *Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 5, 52-58.

- Lentini, E. (2007). *Discapacidad mental: un análisis del discurso psiquiátrico*. Buenos Aires: Lugar.
- Levin, E. (s.f.). Cuando la discapacidad es féretro de la sexualidad. Recuperado de http://www.minusval2000.com/relaciones/ArchivosRelaciones/cuando_discapacidad_es_feretro_de_la_sexualidad.html
- Lewkowicz, I. (2002). *Sucesos argentinos: cacerolazo y subjetividad postestatal*. Buenos Aires: Paidós.
- (2006). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- Longmore, P. & Umansky, L. (2000). *The new disability history: american perspectives*. New York University Press: Nueva York.
- Lourau, R. (1975). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1998). Lógica clasificatoria. *Revista Etiem*, 3. Recuperado de http://www.etiem.com.ar/trabajos_1.htm
- (2008). *El Estado inconsciente*. La Plata: Terramar.
- Mannoni, M. (2005). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.
- Martiniello, M. (1998). *Salir de los guetos culturales*. Barcelona: Bellaterra.
- Menin, O. (1996). *Crisis en la Psicología Educacional*. Rosario: Homo Sapiens.
- Mercante, V. (1902). Notas sobre criminología infantil. En *Archivos de psiquiatría, criminología y ciencias afines. T. I*.
- (1915). Los resultados generales de la psicología pedagógica. *Revista de Filosofía, Cultura, Ciencias, Educación*, I, 385-402.
- Merklen, D. (2013). Las dinámicas contemporáneas de la individuación. En R. Castel et al., *Individuación, precariedad, riesgos. ¿Desinstitucionalización del presente?* (pp. 45-86). Buenos Aires: Paidós.
- Misès, R. (2001). *El niño deficiente mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Monlau, P. (1865). *Higiene del Matrimonio ó el libro de los casados*. París, Garnier Hermanos.
- Montanari, A. (1978). *El salvaje de Aveyron: psiquiatría y pedagogía en el Iluminismo tardío. Selección de textos de Philippe Pinel y de Jean Itard*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Moreno, J. (2004). *Historia de la familia en el Río de la Plata*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Moro, J. & Potenza dal Masetto, F. (2010). Análisis de los organismos gubernamentales y estatales. En C. Acuña & L. Bulit Goñi (Comps.). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos* (pp. 191-253). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Nosiglia, M. (2007). El proceso de sanción y el contenido de la Ley de Educación Nacional N° 26206: continuidades y rupturas. *Praxis educativa* (11), 113-138. Recuperado de <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/praxis/n11a11nosiglia.pdf>
- Núñez, B. (2007). *Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Lugar.
- Oliva, A. (2013). Relevancia de los episodios. La riesgosa posición de la sospecha. *Campo Grupal*, Año XV(153), 3-5. Recuperado de <http://es.calameo.com/read/000049129d62750b09867>
- Oliver, M. (1993). *Critical texts in Social Work and the Welfare State. The politics of Disablement*. Leeds: Thames Polytechnics. Inédito en español, traducción personal. Recuperado de <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-p-of-d-Oliver-contents.pdf>
- (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.). *Discapacidad y sociedad* (pp. 34-58). Madrid: Morata.
- (2008). Políticas sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas. En L. Barton (Comp.). *Superar las barreras de la discapacidad* (pp.19-33). Morata: Madrid.
- Oyarzábal, C. (2007). *Niños débiles. Con-jugando quehaceres hacia la inclusión*. Buenos Aires: Letra Viva.

- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Pantano, L. (1993). *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Parrilla, A. (2006). Conceptualizaciones de la diversidad y diversidad de respuestas educativas. En: Z. Jacobo, E. Adame & A. Ortiz (Comps.). *Sujeto, educación especial e integración: Investigación, prácticas y propuestas curriculares*. (Volumen V. Parte I). México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Perrot, M. (1991). Figuras y funciones. En P. Ariès (Dir.) *Historia de la vida privada* (pp. 127-192). Buenos Aires: Taurus.
- Perrot, M. & Martin-Furgier, A. (1991). Los actores. En P. Ariès & G. Duby (Dir.) *Historia de la vida privada* (pp. 95-309). Buenos Aires: Taurus.
- Peusner, P. (2013). ¿Qué importa quién habla? El encuentro de Lacan y Foucault que dio origen a la teoría de los cuatro discursos. En L. Lutereau & A. Kripper (Comp.). *Deseo, poder y diferencia. Foucault y el psicoanálisis* (pp. 153-170). Buenos Aires: Letra Viva.
- Pigna, F. (2005). *Los mitos de la historia argentina 2*. Buenos Aires: Planeta.
- Platen-Hallermund, A. (2007). *Exterminio de enfermos mentales en la Alemania nazi*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Postel, J. & Bing, F. (1992). Philippe Pinel y los “conserjes”. En AA. VV. *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault* (pp. 37-52). Buenos Aires: Paidós.
- Puiggrós, A. y col. (Dir.) (1993). *Historia de la Educación en la Argentina*. Buenos Aires: Galerna.
- Quintana, A. (2011). Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares. *Isegoría*, 44, 273-284.
- REDI (2013a). Documento declarativo conjunto. En *El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social. Encuentros desarrollados durante 2012* (pp. 51-60). Buenos Aires: Autor.
- Riddell, S. (1998). Teorizar sobre necesidades educativas especiales en un clima político cambiante. En L. Barton (Comp.). *Discapacidad y Sociedad* (pp. 99-123). Madrid: Morata.
- Ripoll, S. (2013). Las intervenciones sociales con las infancias pobres antes y después de la Ley 26.061. Apuntes para pensar la profesión en los nuevos contextos legislativos. En *Cátedra Paralela*, 9, pp. 31-43. Recuperado de http://www.catedraparalela.com.ar/images/rev_articulos/arti00118f001t1.pdf
- Rocha, M. (2012). *Discapacidad y deporte. Hacia la construcción de lazos sociales*. Buenos Aires: Lugar.
- Rosano, S. (2007). La cultura de la diversidad y la inclusión educativa. Ponencia en el V Encuentro Internacional “Las transformaciones de la profesión docente frente a las problemáticas actuales”. Recuperado de <http://www.redkipusperu.org/files/59.pdf>
- Rosanvallon, P. (1995). *La nueva cuestión social*. Buenos Aires: Manantial.
- Rossi, G. (2009). El clima de época en la “anormalidad” infantil: deficientes - abandonados - vagos - delincuentes, 1880 – 1930. *Temas de la Historia de la Psiquiatría Argentina* (28), 17-26. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/temas28.pdf>
- (2010). El niño anormal: una mirada de Horacio Piñero en 1910. En *Memorias de II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XVII Jornadas de Investigación; Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, pp. 391-393. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/45172776/MEMORIAS-II-Congreso-Internacional-de-Investigacion-y-Practica-Profesional-en-Psicologia-XVII-Jornadas-de-Investigacion-Sexto-Encuentro-de-Investigado>
- Ruhl, C. (2013). Sistema de apoyo para el ejercicio de la capacidad jurídica de personas con discapacidad. En *Memorias del IV Congreso Argentino-Latinoamericano de Derechos Humanos*. Universidad Nacional de Rosario.

- Russel, M. (2008). Lo que no pueden hacer los derechos civiles en el ámbito de la discapacidad. Empleo y economía política. En L. Barton (Comp.) *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 245-267). Madrid: Morata.
- Sabino, C. (1992). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo.
- Santos, B. (2003). *Reconhecer para libertar: Os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Sarmiento, D. (1874). *Facundo o civilización y barbarie en las pampas argentinas*. 4ta Ed. en castellano. París: Hachete y Cía. Recuperado de: <http://www.proyectosarmiento.com.ar/trabajos.pdf/facundo.pdf>
- Savid, C. (2004). *Construcción de la subjetividad y sus tropiezos*. Rosario: UNR.
- Schalock, R. (1996). *Quality of life. Vol I. Conceptualization and measurement*. Washington D.C., American Association on Mental Retardation.
- Senet, R. (1911). *Elementos de psicología infantil*. Buenos Aires: Cabaut y Cía.
- Shakespeare, T. (2008). La autoorganización de las personas con discapacidad: ¿Un nuevo movimiento social? En L. Barton (Comp.) *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 68-85). Madrid: Morata.
- Silberkasten, M. (2006). *La construcción imaginaria de la discapacidad*. Buenos Aires: Topía.
- Skliar, C. (2002). *¿Y si el Otro no estuviera ahí? Notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- (2005). Poner en tela de juicio la normalidad, no la anormalidad. Argumentos y falta de argumentos con relación a las diferencias en educación. En P. Vain & A. Rosato (Coord.). *Comunidad, discapacidad y exclusión social: la construcción social de la discapacidad* (pp. 7-21). Buenos Aires: Noveduc.
- (2010). De la razón jurídica hacia una ética peculiar. A propósito del informe mundial sobre el derecho a la educación de personas con discapacidad. *Política y Sociedad*, 47, 1, 153-164. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130153A/21713>
- Stagnaro, J. (s.f.). *Biografías. Historia y Epistemología de la psiquiatría*. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Recuperado de <http://historiayepistemologiaapsa.blogspot.com.ar/p/biografias.html>
- Stern, F. (2008). *El estigma y la discriminación. Ciudadanos estigmatizados, ciudades lujuriosas*. Buenos Aires: Noveduc.
- Taylor, C. (1993). *El multiculturalismo y "la política del reconocimiento"*. México: Fondo de cultura económica.
- Taylor, S. & Bodgan, R. (1992). Introducción. En S. Taylor & R. Bogdan. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (pp. 15-27). Barcelona: Paidós.
- Tedesco, J. (1987). *El desafío educativo. Calidad y democracia*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Tobar García, C. (1933). *Educación de los deficientes mentales en los Estados Unidos. Necesidad de su implantación en Argentina*. Buenos Aires: Andreotta.
- (1945). *Higiene mental del escolar*. Buenos Aires: El Ateneo.
- Torrado, S. (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: De la Flor.
- Torres, C. (2001). *Educación, democracia y multiculturalismo*. México: Siglo XXI.
- Touraine, A. (1997). *¿Podremos vivir juntos? La discusión pendiente: el destino del hombre en la Aldea Global*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Vain, P. & Rosato, A. (Coords.) (2005). *Comunidad, discapacidad y exclusión social: la construcción social de la normalidad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Vallejos, I. (2009a). La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social. En M. Angelino & A. Rosato (Comps.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit* (pp. 158-176). Buenos Aires: Noveduc.

- (2009b). La discapacidad diagnosticada y la certificación del reconocimiento. En M. Angelino & A. Rosato (Comps.). *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit* (pp. 187-213). Buenos Aires: Noveduc.
- Vanoni, E. (2006). *Cartografías de la discapacidad*. Córdoba: Brujas.
- Varela, J. & Álvarez Uría, F. (1990). *Una Arqueología de la Escuela*. Madrid: La Piqueta.
- (1993). *Categorías espacio temporales y socialización escolar: del individualismo al narcisismo en genealogía y sociología*. Buenos Aires: El Cielo por Asalto.
- Veyne, P. (1984). *Cómo se escribe la historia*. Madrid: Alianza.
- (2001). Un arqueólogo escéptico. En D. Eribon (Comp.) *El infrecuente Michel Foucault. Renovación del pensamiento crítico* (pp. 23-87). Buenos Aires: Letra Viva.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- (Comp.) (1988). *El nacimiento de la psicología en Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana. Recuperado de http://practicoferrari.weebly.com/uploads/2/5/4/6/2546789/vezzetti_-_el_nacimiento_de_la_psicologia_en_argentinaopt.pdf
- Vidal Auladell, F. (2003). La genealogía como método y el uso genealógico de la historia. *Parte Rei. Revista de Filosofía*, 29. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/vidal29.pdf>
- Zaffaroni, E. (2011). Criminología y psiquiatría: el trauma del primer encuentro. *Salud Mental y Comunidad*, 1, 1, 25-38. Recuperado de <http://www.mpd.gov.ar/uploads/Salud%20Mental%20y%20Comunidad.pdf>
- Žižek, S. (2003). Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional. En F. Jameson & S. Žižek. *Estudios culturales: reflexiones sobre el multiculturalismo* (pp. 137-188). Buenos Aires - Barcelona-Madrid: Paidós.

Fuentes documentales

- Academia Argentina de Letras (AAL) (1972). *Diccionario del Habla de los Argentinos*. ----- (1977). *Diccionario del Habla de los Argentinos*.
- Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) (2007). *Dictamen N° 37012. REF: Presunto incapaz por demencia. Cobro del beneficio – art.54 inc.3 del Código Civil- Nota GNPYS N°641/07.* <http://soloderecho-biblioteca.blogspot.com.ar/2010/08/dictamen-gaj-37012-08-presunto-incapaz.html>
- (2008). *Circular GP N° 35/08. Tramitación de los beneficios de pensión para personas con discapacidad.* Recuperado de <http://bibliotecadelportal.blogspot.com.ar/2008/07/circular-gp-3508-pensin-para-personas.html>
- Belgich, H. (Coord.), Sagües, A., Martinelli, M. A., Festa, M. E. (2010). *Volver a pensar el sujeto de la Educación Especial*. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Argentina. Recuperado de <http://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/131460/648089/file/VOLVER%20A%20PENSAR%20AL%20SUJETO%20DE%20LA%20ESCUELA%20E%20SPECIAL-%20Desarrollo%2001.pdf>
- Campaña Latinoamericana por el Derecho a la Inclusión (CLADE) (2009). *Derecho a la Educación de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe. Informe para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos*. Recuperado de http://www.campanaderechoeducacion.org/justiciabilidad/downloads/InformeClade_Discapacidad.pdf
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2004). *Anexo IV del Informe ante las Naciones Unidas. La situación de las personas con discapacidad en Argentina*. Recuperado de http://www.cels.org.ar/common/documentos/cerd_personas_discapacidad.pdf
- Club de Empresas Comprometidas con la mejora de empleabilidad para personas con discapacidad (ct). *Objetivos del CEC en Rosario* (s.f.). Recuperado de

- http://www.clubempresascomprometidas.org/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=212
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). *Informe de la reunión de especialistas para definir prioridades estratégicas de la agenda regional sobre la situación de las personas con discapacidad*. Recuperado de <http://inclusion-international.org/wp-content/uploads/2013/05/2013-690-Informe-especialistas-para-personas-con-discapacidad.pdf>
- Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CEDDIS) (2013). *Diagnóstico Regional sobre el Ejercicio de la Capacidad Jurídica de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://scm.oas.org/pdfs/2013/CP30900i.pdf>
- Constitución de la Nación Argentina (1994). Recuperado de <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Dirección General de Obras Particulares (DGOP) (2005). *Manual de accesibilidad: Pautas y exigencias para un proyecto arquitectónico de inclusión*. Municipalidad de Rosario. Recuperado de http://www.rosario.gov.ar/sitio/arquitectura/archivos/manual_acc.pdf
- Dirección Provincial de Promoción de Derechos de la Niñez, Adolescencia y Familia (ct). *Proyecto de Trabajo del Hogar Escuela* (2012).
- Discapacidad e inclusión (2013). En *Contacto*, XI(2). Instituto Universitario Italiano de Rosario.
- Facultad de Ciencias Médicas (1945). *Expediente 8544*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Ferraro, M. & Diodati, L. (Coord.) (2008). Municipalidad de Rosario. Área de la Mujer (ct). *Área de la Mujer: Construyendo equidad*. Recuperado de <http://www.rosario.gov.ar/sitio/verArchivo?id=3209&tipo=objetoMultimedia>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_MNcdn.pdf
- (2006). *Deporte para el desarrollo y la paz. Hacia el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Informe del Grupo de Trabajo Interinstitucional de Naciones Unidas sobre el Deporte, el desarrollo y la paz*. Madrid: Autor. Recuperado de <http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Deporte06.pdf>
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) & Secretaría de Derechos Humanos de la Nación (2006). *Privados de libertad. Situación de niños, niñas y adolescentes en Argentina*. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/privados_de_libertad_AG\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/privados_de_libertad_AG(2).pdf)
- Fundación Par (2005). *La discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005*. Fundación Par: Buenos Aires. Recuperado de <http://www.fundacionpar.org.ar/images/stories/descargas/la-discapacidad-en-argentina.pdf>
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). (2012). *Documentos temáticos Inadi: Derecho a la Educación sin Discriminación*. Buenos Aires: INADI. Recuperado de <http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2012/07/documento-tematico-educacion.pdf>
- Instituto Politécnico Superior (IPS) (ct). *Comisión Universitaria de Discapacidad* (s.f.). Recuperado de <http://www.ips.edu.ar/comision-universitaria-de-discapacidad.html>
- Instituto Universitario del Gran Rosario (IUGR) (ct). *Diplomatura en Política y Gestión de la Discapacidad: Inicio* (s.f.). Recuperado de <http://www.iugr.edu.ar/diplomatura/index.html>
- López, D (Coord.) (2009). Ministerio de Educación de la Nación. Presidencia de la Nación. *Educación Especial, una modalidad del Sistema Educativo en Argentina. Orientaciones* 1. Recuperado de: http://www.me.gov.ar/curriform/publica/orientaciones_especial09.pdf

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV-R (DSM-IV-R) (1995).
Barcelona: Masson. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
- Ministerio de Educación de la Nación (2009). *Educación Especial, una modalidad del Sistema Educativo en Argentina*. Recuperado de http://www.me.gov.ar/curriform/publica/orientaciones_especial09.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2000). *Resolución 705. Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres705_2000.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Recuperado de <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- (1999). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - II. Borrador versión Beta*. Recuperado de <http://www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf>
- (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Recuperado de http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf
- (2010a). *Salud mental y desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf
- (2010b). *Recreation, leisure and sports*. En *BRC Guidelines. Social component* (pp. 33-40). Malta: OMS, UNESCO. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548052_social_eng.pdf
- (2010c). *People with mental disabilities cannot be forgotten*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/
- (2011). *Informe mundial sobre Discapacidad*. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
- (2013). *Discapacidad y salud*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1948). *Declaración de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- (1969). *Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social*. Recuperado de <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/259/32/IMG/NR025932.pdf?OpenElement>
- (1971). *Declaración de los Derechos del Deficiente Mental*. Recuperado de http://www.fundaceclm.org/DocumentosInteres/LegislacionMarcoNormativoDiscapacidad/Lists/ADACE_FUNDACE_Comun_InstanceListaDeDocumentos/Internacional/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20derechos%20del%20deficiente%20mental.pdf
- (1975). *Declaración de los Derechos de los Impedidos*. Recuperado de <http://www.integrando.org.ar/datosdeinteres/derechosimpedidos.htm>
- (1982). *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/unpgm.htm>
- (1990). *Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad*. Recuperado de <http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/Reglas%20de%20las%20NU%20para%20la%20Protecci%C3%B3n%20de%20los%20Menores%20Privados%20de%20Libertad.pdf>
- (1993). *Reglas estándar sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Buenos Aires: Lumen.
- (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- (2007). *Aplicación de la resolución 60/251 de la asamblea general, del 15 de marzo de 2006, titulada "consejo de derechos humanos": El derecho a la educación de las personas con discapacidades*. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la educación Vernor Muñoz. Recuperado de http://www.observatoriopoliticasocial.org/images/stories/biblioteca/pdf/documentos-sistema-naciones-unidas/Informes_relatores_especiales/Informes_educacion/2007_informe_del_relator_especial_sobre_el_derecho_a_la_educacion_de_las_personas_con_discapacidad_s.pdf
- (s.f.). *Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas - Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=571>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (1960). *Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza*. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=12949&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de acción para las Necesidades Educativas Especiales*. Recuperado de http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF
- REDI (2012). *"No a la muerte civil de nadie": observaciones al proyecto de unificación de los códigos civil y comercial*. Recuperado de <http://www.redi.org.ar/index.php?seccion=publicaciones&d=&subsec=16>
- (2013b). *Educación Inclusiva*. Recuperado de <http://www.redi.org.ar/index.php?seccion=publicaciones&d=&subsec=13>
- REDI, ADC & ACIJ (2013). *Informe a la Presidencia del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de http://www.redi.org.ar/docs/INFORME%20ART.%2012%20Y%2029%20REDI_ADC_ACIJ.docx
- Rodríguez, L. (2013). *¿A qué llamamos inclusión en la ciudad de Buenos Aires?* Recuperado de <http://liga-federal-de-pcd-por-la-union.webnode.es/>
- Secretaría de Gestión Pública (SGP) (2010). *Resolución S.G.P. N° 56/10. Sistema de información para el control de registro y actualización de los cargos y contratos desempeñados por personas con discapacidad certificada. Situación del cumplimiento de las jurisdicciones ministeriales y entidades descentralizadas alcanzadas por la obligación establecida en el artículo 8° de la ley N° 22.431 y sus modificatorias*. Recuperado de http://www.igm.gov.ar/sgp/archivos/empleo/primer_informe_discapacidad.pdf
- Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad de la provincia de Santa Fe (2006). *Balance de gestión del primer año de trabajo*. Recuperado de: [http://gobierno.santafe.gov.ar/prensa/mitemplate.php?idnoticia=35916&mostrarmenu=si&include=noticias_prensa/2006/281206s25.htm&ptitulo=Noticia%20del%20jueves%2028%20de%20diciembre%20de%202006%20\(281206s25.htm\)&fechanoticia=&volverurl=&pDescDiaMax=Domingo&intvalDiaMax=20&pDescMesMax=octubre&A%F1oMax=2006&DiaMax=20&MesMax=10&pdia=28&pmes=12&panio=2006](http://gobierno.santafe.gov.ar/prensa/mitemplate.php?idnoticia=35916&mostrarmenu=si&include=noticias_prensa/2006/281206s25.htm&ptitulo=Noticia%20del%20jueves%2028%20de%20diciembre%20de%202006%20(281206s25.htm)&fechanoticia=&volverurl=&pDescDiaMax=Domingo&intvalDiaMax=20&pDescMesMax=octubre&A%F1oMax=2006&DiaMax=20&MesMax=10&pdia=28&pmes=12&panio=2006)
- Toledo, Luciano A. c/ Provincia de Santa Fe y otro. Cámara de Apelaciones en lo Laboral de Santa Fe, Sala II (2007).
- Universidad Nacional de Rosario (UNR) (ct). *Área de integración e inclusión de las personas con discapacidad* (s.f.). Comisión Interuniversitaria de Discapacidad y Derechos Humanos. Recuperado de <http://unr.edu.ar/direccion/107/area-de-integracion-e-inclusion-de-personas-con-discapacidad>
- Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (1974). *Disability challenge*, N°1. Londres: U.P.I.A.S.
- Villaverde, M. (2009). *Apoyo o asistencia para el ejercicio de la capacidad jurídica. Notas a partir de un fallo marplatense que no discapacita*. Recuperado de

<http://www.villaverde.com.ar/es/novedades/fallo-marplatense-inconstitucionalidad-del-art-152-bis-c-digo-civil-sobre-inhabilitaci-n/>

Warnock, M. (1979). *Report of the Committee of Inquiry into the Education of Handicapped Children and Young People* Her Majesty's Stationery Office. Londres.

Legislación consultada

Código Civil Argentino. Recuperado de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/109481/texact.htm>

Ley nacional N°:

- 1.420
- 10.903
- 13.478
- 13.926
- 17.711
- 18.910
- 19.279
- 20.475
- 20.881
- 20.888
- 20.923
- 22.278
- 22.431
- 22.499
- 22.803
- 22.914
- 23.021
- 23.413
- 23.462
- 23.592
- 23.661
- 23.874
- 23.876
- 24.013
- 24.147
- 24.183
- 24.204
- 24.240
- 24.241
- 24.308
- 24.310
- 24.314
- 24.449
- 24.452
- 24.521
- 24.557
- 24.714
- 24.716
- 24.901
- 25.212
- 25.280
- 25.404
- 25.415

- 25.421
- 25.504
- 25.573
- 25.635
- 25.643
- 25.689
- 25.785
- 26.061
- 26.182
- 26.206
- 26.279
- 26.619
- 26.653

Decreto nacional N°:

- 498
- 1.193

Ley provincial N°:

- 8.288
- 9.325
- 11.452
- 11.518
- 12.967
- 13.328

Decreto provincial N°:

- 2.679

Ordenanza municipal N°:

- 3.745
- 6.811
- 7.826
- 8.033
- 8.238
- 8.280
- 8.356